

Бочен

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА



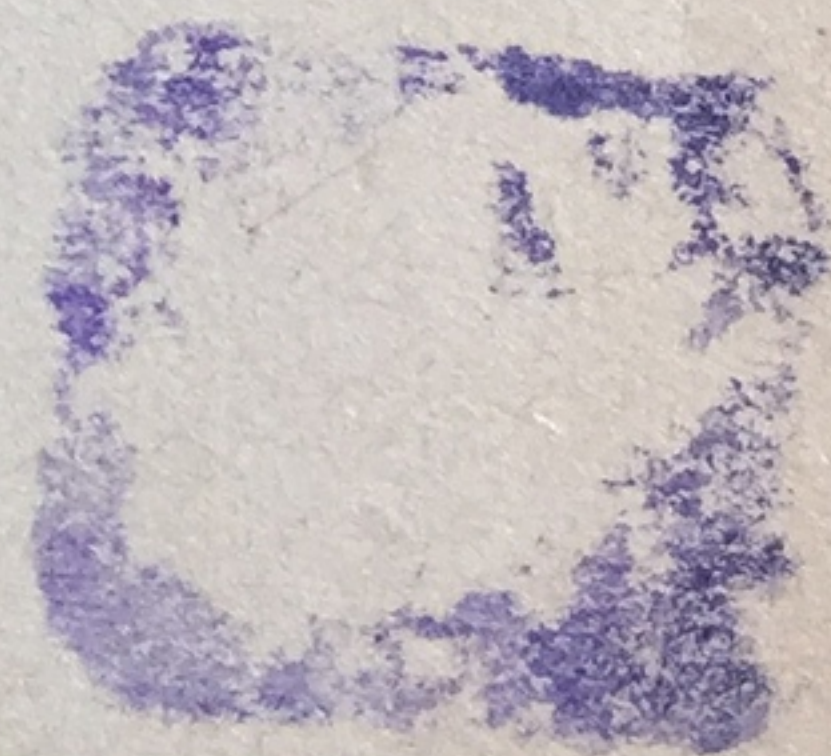
ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ СССР
МОСКВА — 1947

226 .

Проф. К. И. ТАТНЕВ

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

УЧЕБНИК
ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ШКОЛ



ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ СССР
МОСКВА — 1947

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Глава I. Общие и процессуальные вопросы	3
Глава II. Исследование трупа	10
Трупные явления	10
Гнилостные явления	21
Осмотр трупа на месте обнаружения	24
Судебно-медицинское исследование трупа	27
Исследование расчлененного трупа	30
Исследование вещественных доказательств	33
Глава III. Скоропостижная смерть	37
Глава IV. Виды повреждений	40
Глава V. Огнестрельные повреждения	50
Глава VI. Повреждения отдельных частей тела	64
Глава VII. Смерть от задушения (асфиксия)	76
Глава VIII. Смерть от действия высоких и низких температур	86
Глава IX. Половые преступления	91
Глава X. Беременность и роды. Детоубийство	97
Глава XI. Отравления	107
Глава XII. Пол, возраст, рост	120
Глава XIII. Судебная ответственность медицинского персонала	125

Цена 3 руб.

Редактор А. Н. Иодковский. Технический редактор А. Н. Макарова.

Подписано к печати 25/IV 1947 г. Печ. л. 8. Уч.-изд. л. 7. В печ. л. 34650 зн. Л 85801. Зак. 1805. Тираж 25 000.

3-я типография «Красный пролетарий» треста «Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете Министров СССР. Москва, Краснопролетарская 16.

ГЛАВА I

ОБЩИЕ И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

§ 1. Судебной медициной называется наука, занимающаяся изучением медицинских и биологических вопросов, возникающих в следственной и судебной практике.

Практической отраслью судебной медицины является судебно-медицинская экспертиза. Судебно-медицинская экспертиза находит применение главным образом в уголовном процессе по делам о преступлениях, перечисленных в главе шестой УК РСФСР (преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности). Судебно-медицинскому эксперту по делам об этих преступлениях приходится устанавливать путем вскрытия трупа причину смерти, способы умерщвления и т. п. (ст. 136); путем освидетельствования живых людей — характер и тяжесть причиненного повреждения (ст. ст. 142, 143), совершение преступного аборта (ст. 140), наличие венерического заболевания (ст. 150), совершение развратных действий, изнасилование, мужеложство (ст. ст. 151—154) и т. д.

Судебно-медицинскому эксперту приходится иногда устанавливать также то или иное физиологическое состояние потерпевших и обвиняемых, например, половую зрелость (ст. 151), беременность (ст. 22), возраст (ст. ст. 12 и 22).

Судебно-медицинский эксперт производит также исследование вещественных доказательств (ст. 66 УПК РСФСР), например, следов крови, спермы, волос на орудиях преступлений, на одежде и теле потерпевших или подозреваемых и на других предметах.

Наконец, объектом судебно-медицинского исследования могут быть документы, например, при повторной экспертизе по материалам дела в случае расхождения заключений экспертов первых инстанций или в случае сомнения у следственных или судебных органов в правильности первоначальной экспертизы.

§ 2. Судебная медицина является сравнительно молодой наукой. На западе возникновение официальной судебной

медицины относится к XVI в., когда изданным при германском императоре Карле V уголовным и уголовно-процессуальным кодексом «Каролиной» (1532 г.) было предписано приглашать врачей для обсуждения судебных случаев, касавшихся смертельных ран, отравлений, изгнания плода и т. д., а также производить обязательное исследование трупов лиц, погибших в результате какого-либо насилия или при обстоятельствах, подозрительных на насилие.

В XVI в. во Франции были изданы сочинения по судебной медицине хирурга Амбруаза Паре о повреждениях, о девственности и пр. В XVII в. в Италии было опубликовано капитальное сочинение по судебной медицине Павла Закхиаса под названием «Судебно-медицинские вопросы».

Толчком к быстрому развитию судебной медицины на западе явилось открытие при университетах кафедр судебной медицины, а также изданное в начале XVIII в. правительственное разрешение на вскрытие трупов.

§ 3. В России до Петра I судебной медицины не существовало. Хотя в «Русской Правде» и имеются указания на обязательность освидетельствования лиц, получивших повреждения, однако не требовалось, чтобы эти освидетельствования производились специалистами, а их могли производить и сами судьи.

В 1716 г. Петром I был издан Воинский устав. В его ст. 154 было указано, что в случае смерти в результате насилия необходимо приглашать врачей, которые должны произвести вскрытие мертвого тела и точно установить причину смерти, о чем составить соответствующий акт. Таким образом, Воинский устав наметил начало организации судебно-медицинской экспертизы в России. Однако ввиду крайнего недостатка врачей предписание ст. 154 Устава могло выполняться лишь в наиболее крупных центрах.

В 1737 г. Петр I учредил должности так называемых «городовых врачей», которым вменялось в обязанность выполнять функции судебно-медицинских экспертов. В 1746 г. было опубликовано распоряжение о вскрытии не только трупов лиц, погибших в результате насилия, но и всех умерших скоропостижно. Это распоряжение значительно способствовало ускорению развития судебной медицины в России.

В 1797 г. были учреждены губернские врачебные управы, в которых один из членов возглавлял в данной губернии практическую судебную медицину. В 1795 г. при медицин-

ском факультете Московского университета была учреждена кафедра судебной медицины, а с 1799 г. судебная медицина начинает преподаваться во всех существовавших тогда врачебных училищах. В 1828 г. Медицинским советом было впервые в России опубликовано «Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел».

Но в условиях дореформенного суда, когда судопроизводство происходило негласно, без участия присяжных заседателей, без защиты и, обычно, без участия эксперта, судебно-медицинская экспертиза не могла получить должного развития. Большой толчок развитию судебной медицины в России был дан судебной реформой 1864 г.

С введением гласного судопроизводства в России судебная медицина как наука стала быстро развиваться. Появились сначала переводные, а затем и оригинальные учебники по судебной медицине, начал издаваться журнал, где печатались работы русских судебных врачей. Многие русские судебные врачи заняли первые места в ряду виднейших европейских судебно-медицинских деятелей.

Особенное развитие судебная медицина, как наука, получила после Октябрьской революции, чему сильно способствовали новые организационные формы судебно-медицинской экспертизы, которая после 1917 г. стала неотъемлемой частью советского здравоохранения. В Москве был создан научно-исследовательский институт судебной медицины, задачей которого является всестороннее изучение вопросов судебно-медицинской науки, совершенствование методики судебно-медицинского исследования трупов, живых лиц и вещественных доказательств. Институт тесно связан в работе с судебно-следственными органами.

Институт готовит кадры ученых судебных медиков и занимается совершенствованием практических судебно-медицинских экспертов. Во всех медицинских институтах СССР существуют кафедры судебной медицины. Судебная медицина преподается также в юридических высших учебных заведениях и школах.

§ 4. Роль и значение судебной медицины в деле расследования преступлений и борьбы с преступностью огромна. Судебная медицина путем специального научного исследования трупов, живых лиц и вещественных доказательств помогает судебно-следственным органам:

1) устанавливать факт насильственной смерти и ее род (убийство, самоубийство, несчастный случай);

2) выявлять способы совершения преступлений;

3) воссоздавать путем научного анализа (по следам крови на месте преступления, положению трупа, трупным явлениям, характеру повреждений и пр.) картину совершенного преступления, а иногда отвергать возможность последнего.

§ 5. Судебно-медицинская экспертиза в СССР практически осуществляется следующими четырьмя инстанциями:

1) городские, районные и межрайонные (т. е. обслуживающие несколько районов) судебно-медицинские эксперты;

2) республиканские судебно-медицинские эксперты автономных ССР, краевые и областные судебно-медицинские эксперты, а в столичных городах и крупных краевых и областных центрах — заведующие городской судебно-медицинской экспертизой и старшие судебно-медицинские эксперты;

3) главные судебно-медицинские эксперты министерств здравоохранения союзных республик;

4) главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР, осуществляющий руководство судебно-медицинской экспертизой во всем Союзе.

Права экспертов и их взаимоотношения с органами следствия и судом изложены в ст. ст. 22, 43, 45, 48, 58, 63 и др. Уголовно-процессуального кодекса РСФСР и соответствующих статьях УПК других союзных республик.

Имеется ряд официальных положений, регулирующих деятельность судебно-медицинских экспертов и их взаимоотношения с органами следствия, прокуратуры и суда. Наиболее важным является «Положение о судебно-медицинской экспертизе», изданное в 1934 г. Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР.

В этом Положении подробно определены права и обязанности судебно-медицинских экспертов, объем их деятельности, приводятся правила по составлению судебно-медицинских документов и т. д.

В изданных в 1929 г. Наркомздравом РСФСР «Правилах судебно-медицинского исследования трупов» излагаются методы и технические приемы судебно-медицинского вскрытия трупов.

§ 6. Практическая деятельность судебно-медицинского эксперта в основном протекает в двух направлениях: он участвует в предварительном расследовании и на суде.

Согласно примечанию 1 к ст. 63 УПК РСФСР назначение судебно-медицинской экспертизы является в некоторых

случаях обязательным для следствия и суда: «Вызов экспертов обязателен для установления причины смерти и характера телесных повреждений, а также для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или у следователя по этому поводу возникают сомнения». На предварительном расследовании судебно-медицинский эксперт, приглашенный следователем, производит требуемые постановлением следователя экспертные действия над живым лицом, мертвым телом или вещественным доказательством с целью выяснения медицинских или биологических вопросов, возникших у следователя по тому или иному делу.

На судебном следствии судебно-медицинский эксперт разъясняет суду те данные, которые были добыты им при производстве экспертизы на предварительном расследовании, отвечает на возникшие на суде дополнительные вопросы и, если это необходимо, участвует вместе с составом суда в выездах для осмотра места преступления.

Эксперт имеет право знакомиться с обстоятельствами дела (ст. 171 УК РСФСР), а также задавать вопросы обвиняемому и свидетелям.

Обычно судебно-медицинский эксперт, вызываемый в суд, присутствует на процессе с начала до конца, так как его помощь может понадобиться суду, особенно при разборе сложных дел, в любой стадии судебного следствия.

С другой стороны, присутствуя с самого начала судебного процесса, эксперт имеет возможность, путем ознакомления с показаниями обвиняемого и свидетелей, а также с новыми выявившимися на суде обстоятельствами, уточнить, расширить, а иногда и частично изменить свое первоначальное заключение.

§ 7. Учреждениями, где протекает практическая работа судебно-медицинского эксперта, являются: морг, судебно-медицинская амбулатория и судебно-медицинская лаборатория.

Морг представляет собой помещение, где производится судебно-медицинское вскрытие трупов. Морги имеются при больших больницах и медицинских институтах, но существуют и отдельно от них.

Морг обычно имеет трупохранилище и зал для вскрытия трупов (секционную).

После регистрации поступившего в морг трупа судебно-медицинский эксперт в присутствии двух понятых и следо-

вателя производит наружный осмотр и вскрытие трупа, о чем составляется акт судебно-медицинского исследования трупа. После вскрытия исследованные органы укладываются в полости трупа, труп зашивается, тщательно обмывается и помещается в трупохранилище, где по существующим правилам, он может находиться не более 48 часов. Трупы, которые необходимо по тем или иным причинам задержать в морге на длительный срок, подвергаются искусственной консервации, лучшим способом которой является замораживание трупа путем обкладывания его кусками льда.

Судебно-медицинские амбулатории служат для освидетельствования живых лиц, получивших повреждения, заявивших об изнасиловании или растлении; лиц, подозреваемых в производстве аборт, малолетних, подвергшихся развратным действиям, и пр. В больших городах судебно-медицинские амбулатории строятся по типу поликлинических учреждений с кабинетами травматологическим, акушерско-гинекологическим, рентгеновским и др. В небольших населенных пунктах для судебно-медицинского освидетельствования живых лиц выделяются отдельные кабинеты при амбулаториях общего типа.

Освидетельствование в судебно-медицинских амбулаториях производится исключительно по постановлению органов следствия или суда и лишь в отдельных не терпящих отлагательства случаях (например, растление малолетней и т. п.) эксперт может произвести соответствующее исследование по личной просьбе или по просьбе родных или близких потерпевшего, но свидетельство в этом случае выдается представителю судебно-следственных властей.

Судебно-медицинские лаборатории существуют почти в каждом городе столичного, краевого или областного значения. В них производятся исследования вещественных доказательств.

Обычно судебно-медицинская лаборатория имеет: биологическое отделение, где производятся исследования вещественных доказательств на присутствие на них крови; исследование волос; подозрительных на семенную жидкость (сперму) пятен и других выделений и отделений человеческого тела (слюны, мочи, кала и пр.); судебно-химическое отделение, где производятся исследования различных объектов на присутствие в них ядовитых веществ.

В крупных судебно-медицинских лабораториях имеются также: гистологическое отделение, где производятся микроскопические исследования органов и тканей человеческого тела; медико-криминалистическое отделение, где производятся такие комплексные исследования вещественных доказательств, которые могут быть отнесены как к области криминалистики, так и к области судебной медицины; например фотосъемка и другие методы реставрации загнивших трупов, масштабная фотосъемка повреждений, исследование различного рода орудий для установления возможности причинения ими определенного характера ранений и пр.

§ 8. При всех судебно-медицинских действиях составляется официальный документ судебно-медицинской экспертизы, который обычно принято при исследовании трупа, вещественного доказательства или материалов дела называть актом, а при освидетельствовании живого лица — свидетельством.

Судебно-медицинский акт или свидетельство состоит из трех частей: введения, описательной части и мнения или заключения. Во введении указываются место и время экспертизы, основание, по которому она производится, фамилия, имя, отчество и должность эксперта и официально присутствующих лиц (следователя, понятых и др.), наименование объекта экспертизы, а также перечисляются все вопросы, поставленные эксперту на разрешение и излагаются предварительные сведения (обстоятельства случая, дела), которые сообщаются эксперту в постановлении следователя. В описательной части излагаются подробно все данные, установленные в процессе судебно-медицинского исследования объекта. Наконец, мнение или заключение должно содержать в себе обстоятельные выводы, основанные на данных произведенной экспертизы.

Акт или свидетельство экспертизы передается или пересылается по назначению не позже трех дней после окончания экспертных действий. Этот срок может быть удлинен при наличии уважительных причин.

Г Л А В А II

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА

ТРУПНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

§ 1. Различают два вида смерти: 1) смерть естественную (от старости) и 2) смерть преждевременную — от болезней, насилия, в результате несчастного случая, самоубийства.

Судебно-медицинское вскрытие трупа предпринимается во всех случаях насильственной смерти, самоубийства, при несчастных случаях, а также во всех случаях скоропостижной смерти (наступившей при кажущемся здравии).

Кроме того, подлежат судебно-медицинскому вскрытию: трупы всех лиц, умерших при явлениях, подозрительных на отравление;

трупы известных или неизвестных лиц, умерших при невыясненных обстоятельствах;

трупы случайно обнаруженных новорожденных младенцев и недоносков;

трупы лиц, доставленных в больницу мертвыми или умерших в больнице до истечения 24 часов по доставлении их туда, или хотя бы и по истечении 24 часов, но не пришедших в сознание.

§ 2. Судебно-медицинскому эксперту приходится нередко выезжать на место обнаружения трупа и вместе с представителями следственных органов участвовать в исследовании трупа и изучении обстановки, при которой он был обнаружен.

Первым действием судебно-медицинского эксперта на месте происшествия является установление факта наступившей смерти.

К приемам медицинского характера, определяющим смерть, следует прибегать в тех случаях, когда предполагаемая смерть наступила незадолго до прибытия эксперта на место происшествия и на исследуемом теле нет трупных

явлений (трупных пятен, трупного окоченения) — бесспорных признаков смерти. В практике, правда, очень редко, наблюдались случаи ошибок со стороны близких, соседей и даже представителей следствия, когда за труп принимали живого человека. Это может случиться, если дыхание и сердцебиение у человека настолько ослабляются, что делаются незаметными для окружающих. Такое состояние так называемой минимальной жизни или мнимой смерти может быть при глубокой потере сознания от тех или иных причин, при отравлении некоторыми ядами, при утоплении и, особенно часто, при поражении человека электрическим током.

При наступившей смерти первым органом, прекращающим свою деятельность, является сердце. Поэтому прекращение работы сердца принято считать моментом смерти. После наступления смерти мышцы тела расслабляются — рука, поднятая и опущенная, падает, как плеть; кожные покровы, особенно на лице, сильно (мертвенно) бледнеют, приобретая часто восковой оттенок; глаза (взгляд) становятся неподвижными («стеклянными»); иногда происходит извержение мочи и кала. В остановке работы сердца убеждаются путем проверки пульса на лучевой артерии у запястья, путем выслушивания сердца невооруженным ухом и специальными приборами — стетоскопом (слуховой врачебной трубкой) и фонендоскопом (прибором, усиливающим слабые сердечные тоны).

В случае смерти отсутствуют как пульс, так и сердечные сокращения (сердечные тоны). Кроме того, совершенно отсутствует реакция зрачков на свет (сужение при действии света). Зрачок при надавливании на глазное яблоко с боков принимает часто овальную форму («кошачий зрачок»).

Указанных простых приемов, проведенных врачом, обычно вполне достаточно для установления факта смерти. Очень редко приходится применять более сложные приемы, например просвечивание сердца лучами Рентгена (при смерти оно представляется на экране абсолютно неподвижным) и так называемую электрокардиографическую запись; кроме того, в редких случаях для улавливания сердечных тонов применяют микрофон.

Смерть определяется иногда и простыми бытовыми приемами: приставлением к отверстиям рта и носа зеркала — если человек мертв, оно не покроется влажным налетом от дыхания; пушинок — они не будут колебаться; перетягива-

нием пальца у его основания — при смерти он не посинеет выше перетяжки. Однако все эти приемы ненадежны. Наконец, смерть может быть определена и такими грубыми приемами, как прижигание кожи раскаленным железом или расплавленным сургучом и разрезом артериальных сосудов (однако эти приемы при минимальной жизни могут не дать ожидаемого эффекта, т. е. образования пузыря от ожога и кровотечения из перерезанной артерии).

При малейшем сомнении в смерти принимаются самые энергичные меры к оживлению: введение под кожу, в вену и в сердечную мышцу возбуждающих сердце веществ (камфары, глюкозы, адреналина), согревание тела и, самое главное, особенно при поражении электрическим током и утоплении, — искусственное дыхание, которое должно продолжаться до появления признаков жизни или бесспорных признаков смерти, т. е. ранних трупных явлений.

В последнее время в целях оживления применяют так называемое артерио-венозное нагнетание крови под определенным давлением для возбуждения деятельности сосудов сердца, а также искусственное дыхание путем введения воздуха в легкие особыми мехами.

§ 3. К ранним трупным явлениям, наступающим в ближайшие часы после смерти, относятся: 1) охлаждение трупа, 2) трупные пятна, 3) трупное окоченение, 4) трупное высыхание.

Охлаждение трупа. После наступления смерти температура мертвого тела начинает постепенно снижаться. Охлаждение трупа становится заметным наощупь через 3—5 часов после смерти, полное охлаждение наступает обычно к концу первых суток после смерти, причем температура трупа бывает обыкновенно несколько ниже температуры окружающей среды вследствие испарения влаги с поверхности тела. С момента смерти температура трупа опускается в среднем каждый час на один градус.

Всегда нужно иметь в виду температуру окружающей среды; в холодное время года на открытом воздухе трупы охлаждаются значительно быстрее, чем в летнее время; трупы, укрытые теплым одеялом, находящиеся в выгребных ямах, зарытые в мусоре и т. д., сохраняют теплоту дольше, чем трупы, находящиеся на открытом месте.

При некоторых видах смерти (например, при столбняке, отравлении стрихнином) наблюдается посмертное повышение температуры, достигающее иногда до 44°C. Такое повыше-

ние температуры держится в течение 15—20 минут после наступления смерти, затем она начинает падать. Охлаждение трупа, находящегося в воде, идет быстрее, чем трупа, находящегося на воздухе при той же температуре. Трупы лиц полных, с большим количеством подкожно-жировой клетчатки, охлаждаются медленнее трупов лиц худых, истощенных (так как жир является плохим проводником тепла и поэтому задерживает теплопотерю). Детские трупы охлаждаются быстрее трупов взрослых ввиду малого объема их тела сравнительно с теплоотдающей поверхностью. На медленность охлаждения влияет также одежда, в которую одет труп, — чем толще одежда, тем медленнее идет охлаждение. Охлаждение трупа наступает не во всех частях одновременно — раньше всего охлаждаются кисти рук, стопы и нос, наиболее поздно — подмышки и живот. Охлаждение трупа проверяется обычно наощупь. В протоколе осмотра трупа, указывая на ту или иную степень охлаждения («тело наощупь теплое», «тепловатое», «совершенно охладевшее» и т. д.), нужно по возможности указать и температуру (желательно по градуснику) окружающей среды.

Иногда необходимо проверять температуру трупа градусником. Для этого последний вводится в прямую кишку. При явной смерти в прямой кишке обычно бывает 20 и ниже градусов.

§ 4. Трупные пятна. После наступления смерти значительная часть крови из артериальных сосудов переходит в вены. Затем масса крови, подчиняясь физическому закону тяжести, стекает из вышележащих частей в нижележащие. Таким образом, если после смерти труп лежал на спине, кровь постепенно стекает в заднюю поверхность трупа, т. е. в заднюю поверхность шеи, в область спины, заднюю поверхность нижних конечностей и т. д.; если после смерти труп лежал на животе, то трупными пятнами будут покрыты лицо, грудь, живот и передняя поверхность ног.

Если труп находился в вертикальном положении, например при повешении, трупные пятна располагаются в нижней части туловища, захватывая область нижних конечностей, нижних частей рук и нижней части живота; лицо, шея, спина, грудь будут свободны от трупных пятен.

Количество и выраженность трупных пятен зависит главным образом от количества несвернувшейся жидкой крови, имеющейся в трупе. Цвет трупных пятен зависит, с одной стороны, от вида смерти, с другой, от окружающей

среды и состояния почвы, на которой лежал труп. Обычно трупные пятна имеют красновато-фиолетовый, сине-фиолетовый или темнофиолетовый цвет. На трупах, находившихся в холодном месте, на льду или на снегу, трупные пятна бывают часто светлокрасными.

При смерти от отравления некоторыми ядами трупные пятна приобретают характерную окраску. Так, при отравлении угарным газом они, как правило, бывают ярко-красными.

Яркокрасный цвет трупных пятен наблюдается также на трупах лиц, умерших от отравления цианистым калием. При отравлении бертолетовой солью цвет трупных пятен напоминает цвет шоколада.

Трупные пятна бывают то разлитыми, занимающими сравнительно большие участки кожи, то отдельными пятнами небольшой величины. Особенно много пятен сплошной темнофиолетовой окраски кожи наблюдается на трупах лиц, погибших от задушения (асфиксии); это зависит от того, что при этом виде смерти кровь остается жидкой, не свертывается. Наоборот, у лиц, погибших от острой потери крови, например от резаных и колото-резаных ран, трупных пятен в виде отдельных небольших окрашенных участков на коже бывает или очень мало или труп представляется во всех частях резко бледным. Сравнительно много пятен бывает у лиц тучных, полнокровных, наоборот, у лиц истощенных, малокровных и худых наблюдается скудное развитие трупных пятен.

Трупные пятна появляются обыкновенно через 2—4 часа после смерти. Из этого правила встречаются иногда исключения: так, у лиц, погибших от задушения, ввиду обилия в их теле жидкой крови, трупные пятна появляются несколько раньше, у лиц, погибших от потери крови, пятна появляются иногда через 1—3 дня.

В развитии трупных пятен наблюдаются три основных стадии, имеющие большое значение при установлении давности смерти. Первая стадия, называемая гипостазом или натеком крови, характеризуется тем, что при ней кровь, которая стекла в нижележащие части трупа, находится еще в сосудах. Если в этой стадии развития трупного пятна надавить на него пальцем, то пятно исчезает и кожа бледнеет. Исчезновение это зависит от того, что при сдавливании кожи кровь проталкивается из сосудов сдавленного участка в сосуды соседних участков.

Резко заметное побледнение пятен при надавливании наблюдается в течение 12—15 часов после смерти. Через 12—15 часов пятна только бледнеют, но не исчезают совершенно. Это — вторая стадия образования трупных пятен, так называемый *стаз*, при котором часть крови еще находится в сосудах, а часть просочилась сквозь стенки сосудов и пропитала окружающую ткань.

Наконец, спустя 23—28 часов после смерти пятна при надавливании, как правило, не изменяют своей окраски. Это зависит от того, что к концу первых суток после смерти кровь, находящаяся в сосудах, постепенно просочилась сквозь омертвевшие стенки последних и пропитала окружающую ткань: наступила третья стадия образования трупных пятен — так называемая *имбибиция* (пропитывание).

Надавливание пальцем на пятно является простым и в большинстве случаев верным способом для отличия стадии *натек* от стадии *стаза* и *имбибиции*. Однако если почему-либо необходимо более точное распознавание, можно сделать в области пятна крестообразный разрез сквозь толщу кожи: при *натек*е и *стазе* в надрезанном участке кожи выступят капельки крови из перерезанных сосудов, при *пропитывании* кровь не покажется, а надрезанная ткань будет представляться равномерно окрашенной.

Таким образом, трупные пятна имеют немаловажное значение в судебно-медицинской и следственной практике: во-первых, они бесспорно свидетельствуют о наступившей смерти; во-вторых, по их характеру можно с приблизительной точностью установить давность смерти; в-третьих, они могут указывать на определенный вид смерти (например, *задушение*, *острую потерю крови*, *отравление угарным газом*, *цианистым калием* и т. д.).

Кроме того, трупные пятна позволяют выяснить вопрос о положении, в каком находился труп после смерти, а также установить, не подвергался ли он переноске с места на место. Установление этого обстоятельства в некоторых следственных делах об убийстве имеет немаловажное значение.

Многочисленные наблюдения показали, что совершенное исчезновение трупных пятен при изменениях положения тела возможно только в первые часы их образования и не более как в течение первой половины суток после смерти; позже пятна отчасти остаются, отчасти образуются на новом месте, а после суток с момента смерти появление пя-

тен на новых местах возможно только в исключительных случаях, например, у лиц полнокровных и при жидком состоянии крови. Указанному перемещению пятен при изменении положения тела препятствуют вторая и третья стадии образования трупных пятен. Чем меньше осталось жидкой крови в кровеносных сосудах, т. е. чем больше крови просочилось сквозь сосуды, тем меньше возможности образования новых трупных пятен и исчезновения образовавшихся при поворачивании трупа. Опытами установлено, что еще по истечении четырех часов трупные пятна могут исчезать при перемене положения тела и образоваться на других местах. Через 12—15 часов они только бледнеют, не исчезая совершенно, через 30 часов они также бледнеют, но нигде не появляются вновь. Если перевернуть труп, лежавший на спине, через 4—6 и 12 часов, то еще происходит перемещение трупных пятен, по истечении же 23—28 часов этого уже не наблюдается.

Таким образом, в каждом отдельном случае, учитывая условия, так или иначе влияющие на характер трупных пятен (смерть от задушения, от потери крови и т. д.), можно сделать вывод о том, подвергался ли труп перемещению или нет, руководствуясь следующими положениями:

1) если трупные пятна располагаются на одной поверхности трупа, то с большой степенью вероятности (но не категорически), можно предположить, что в течение суток после смерти труп не подвергался переворачиванию;

2) если трупные пятна занимают две и более поверхности тела (например, спину и грудь), то смело можно утверждать, что после убийства, в промежуток времени от 24 до 30 часов, над трупом производились манипуляции, сопровождавшиеся его переворачиванием;

3) если трупные пятна, занимающие две противоположные поверхности трупа, одинаково выражены как по занимаемой площади, так и по интенсивности окраски на обеих поверхностях, то это дает основание для вывода, что труп, лежавший на одной стороне, спустя 10—15 часов после смерти был перевернут на противоположную сторону;

4) если трупные пятна, занимающие две противоположные поверхности, на одной стороне выражены резче, чем на другой, то можно с большой вероятностью предположить, что труп, пролежавший на той поверхности, где пятна выражены резче, больше 15 часов, был затем перевернут на противоположную поверхность.

В разрешении вопроса о переноске трупа с места на место, наряду с картиной распределения трупных пятен, не малую роль могут сыграть бледные или вдавленные отпечатки на теле тех предметов, на которых лежал труп.

Эти отпечатки особенно ярко выделяются на фоне трупных пятен и своей бледностью отчетливо отграничиваются от последних. Давление, производимое твердым предметом на кожу трупа, действует подобно прессу, в результате чего на тех участках кожи, на которые давил предмет, сосуды сдавливаются и, таким образом, отсутствуют условия для образования натека крови.

При обычном положении трупа на спине бледные участки занимают область лопаток и ягодицы, т. е. места, которыми труп плотно прилегает к своему ложу. Бледные или вдавленные отпечатки на коже иногда почти в точности воспроизводят контуры предмета, на котором лежал труп, особенно, если форма предмета была более или менее геометрически правильной.

Бледный цвет на темном фоне трупных пятен оставляют также складки одежды, в которую был одет труп, подвязки, туго стянутые пояса, складки простыни и т. д.

Нередко на шее бледный след оставляют узкие воротнички, особенно крахмальные. Этот след, напоминающий борозду при повешении, может ввести неопытного эксперта в заблуждение.

Нужно иметь в виду, что отпечатки на мертвом теле могут давать не только предметы, находящиеся под трупом, но и предметы, находящиеся в карманах платья трупа.

Чем предмет, на котором лежал труп, тверже, тем вдавленность на теле будет глубже. Складки простыни оставляют на теле невдавленные белые полосы, чередующиеся с окрашенными полосами трупных пятен. Хворост, прутья и ветки, лежавшие под трупом, дают почти такую же картину бледных полос, чередующихся с темными, но бледные полосы бывают более или менее вдавленными.

§ 5. Трупное окоченение. После наступления смерти мускулатура тела совершенно расслабляется: верхняя челюсть часто отвисает, сгибание рук и ног в суставах происходит с большой легкостью.

Такое состояние длится около двух часов. Через 2—4 часа после смерти наступает так называемое посмертное окоченение мышц, выражающееся в том, что мускулатура тела наощупь становится плотной, шея неподвижной, для

раскрытия челюсти требуются иногда колоссальное усилие, суставы ног и рук как бы окостеневают. Тело в состоянии полного окоченения, взятое за голову и пятки, можно поднять, и оно, как доска, не согнется.

Трупное окоченение обыкновенно начинается с челюсти, с группы жевательных мышц. Затем оно переходит на шею, верхние конечности, туловище и ноги. Через 8—10 часов после смерти окоченение захватывает все тело. В течение двух суток после смерти окоченение все еще ясно выражено во всем теле, а с третьих суток начинает мало-помалу исчезать и совершенно проходит через 3—4 суток. Исчезает окоченение в том же порядке как и началось, однако часто окоченение челюстей держится после того, как на конечностях оно уже прошло. Описаны случаи, когда окоченение наступало тотчас после смерти, фиксируя то положение, в котором был покойник в момент смерти. Так, на полях сражения находили убитых солдат, стоящими в положении заряжающих ружья и т. п. Также быстро окоченение может наступить при повреждениях верхней части спинного мозга (так называемое каталептическое трупное окоченение).

Трупное окоченение не всегда одинаково выражено. В общем оно резко выражено у лиц, обладавших развитой мускулатурой и, наоборот, слабо у лиц, истощенных, мало-сильных. У недоношенных плодов окоченение совершенно не наблюдается. Влияет на окоченение и вид смерти: например, при смерти от отравления стрихнином или от столбняка, которой предшествуют сильные прижизненные судороги, окоченение наступает раньше и бывает резко выражено. У погибших от отравления фосфором, при котором образуется так называемое жировое перерождение мышц, окоченение слабо выражено и быстро проходит.

У трупов, которые находятся на снегу или на льду, окоченение длится до тех пор, пока труп продолжает оставаться в холодной среде. В жаркое время года окоченение проходит как только начинается гниение трупа, т. е. иногда через сутки после смерти.

Таким образом, правило, что трупное окоченение наступает через 2—4 часа после смерти и проходит через 3—4 суток имеет много исключений, зависящих как от среды, в которой находится труп, так и от физических особенностей умершего лица и вида смерти.

Трупное окоченение является, как и трупные пятна, бесспорным признаком смерти; оно позволяет в сочетании с

трупными пятнами установить с известной вероятностью давность смерти. Например, если на трупе замечается окоченение, захватившее не все тело, а только часть его (челюсти, шею, верхние конечности), и к тому же имеются трупные пятна, исчезающие от надавливания пальцем, можно сказать, что после смерти прошло не менее 4, но не больше 10 часов. Если окоченение выражено во всем теле и имеются трупные пятна, бледнеющие, но не исчезающие от надавливания, можно сделать предположение, что смерть наступила около суток тому назад. Зная, что в общем окоченение заканчивается через 3—4 суток и исключив такие обстоятельства, как чрезмерная жара или мороз, можно сказать о трупах, у которых трупное окоченение начинает проходить (при трупных пятнах в стадии имбибиции), но кое-где еще держится, что смерть в данном случае наступила не меньше двух суток тому назад. Наконец, если при трупных пятнах в стадии имбибиции и при отсутствии резко выраженных признаков гниения трупного окоченения совершенно не наблюдается, можно сказать, что смерть наступила не меньше 3 суток тому назад.

Известное значение трупное окоченение имеет также при разрешении вопроса о переноске трупа с места на место. Дело в том, что манипуляции над мертвым телом сопровождаются нередко нарушением трупного окоченения, особенно на верхних конечностях, причем нарушение окоченения может быть частичным или полным. Между тем трупное окоченение, будучи нарушено в каком-либо суставе, вновь не восстанавливается.

Если окоченение руки произошло при вытянутом ее положении, то при полном сгибании руки в локтевом суставе трупное окоченение в суставе будет совершенно нарушено. Если же согнуть руку трупа в локтевом суставе, допустим, до прямого угла, то предплечье будет свободно сгибаться только до прямого угла, дальнейшему же сгибанию будет мешать ненарушенное трупное окоченение.

Таким образом, окоченение в конечностях трупа можно нарушать, сгибая руки и ноги под любым углом, и только в пределах этого угла конечности будут оставаться подвижными. Нарушение окоченения в каком-либо суставе при выраженности окоченения во всех остальных суставах может служить очевидным доказательством, что труп подвергался перемещению или переноске с места на место. Например, зная, что посмертное окоченение мышц, начинаясь в сред-

нем через 2—4 часа после наступления смерти с челюстей, постепенно к концу суток охватывает все тело, можно сказать при нарушенном окоченении верхних конечностей и при выраженном окоченении в челюстях и нижних конечностях, что труп схватывали за руки по прошествии суток, или около того, после наступления смерти. При частичном нарушении окоченения в нижних конечностях представляется, например, возможным сделать предположение, что труп переносили, держа за голову и ноги лицом вниз, так как при таком положении под влиянием тяжести туловища может нарушиться окоченение в области коленных суставов.

§ 6. Трупное высыхание. Явления высыхания на трупе стоят в зависимости от испарения влаги с поверхности тела. Особенно резко эти явления обозначаются на участках тела, которые при жизни всегда бывают покрыты известным количеством влаги. Так, высыхают и делаются плотными и часто буро-красными кайма губ (особенно на трупах детей) и мошонка.

Если глаза после смерти оставались открытыми, то высыханию подвергается соединительная оболочка глаз, на которой у наружных углов глазной щели образуются буроватые участки в виде треугольников (так называемые пятна Лярше). Эти пятна являются одним из важнейших признаков наступившей смерти. Кроме того, значительному посмертному высыханию подвергаются участки тела, с которых прижизненно или посмертно был слущен поверхностный роговой слой кожи (ссадины, а также места, подвергшиеся при жизни сильному сдавливанию с вытеснением тканевой жидкости, например, кожа в области странгуляционной борозды на шее при смерти от повешения).

Высохшие участки кожи через 1—2 дня после смерти представляются весьма плотными наощупь, буро-красными (на губах, мошонке), желтовато-розовыми (в области странгуляционной борозды), желто-буроватыми и тому подобными полосами и пятнами различной величины и формы.

Эти пятна, в связи с их плотностью, называются пергаментными пятнами. Они ценны для судебно-медицинской практики тем, что, во-первых, свидетельствуют (пятна Лярше) о бесспорности смерти, во-вторых, позволяют при наличии их на определенных местах, например, на задней или передней поверхности тела в виде продольных полос, делать вывод о том, что труп перетаскивали с места на место, волоча его по земле, и т. п.

ГНИЛОСТНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

§ 1. Гниение представляет собой сложный процесс распада белковых веществ под влиянием жизнедеятельности так называемых гнилостных микробов.

Уже на второй день после смерти на трупе в нижних частях живота появляется зеленоватое окрашивание кожи, зависящее от проникновения сероводорода из толстых кишок и соединения его с кровью, находящейся в брюшных покровах. Постепенно позеленение покровов начинает распространяться вверх, через три дня оно доходит до пупка, через 5 дней захватывает весь живот, на восьмой день начинает зеленеть грудь и спина, а на 12—14 день темнозеленую окраску принимает все тело. Одновременно с позеленением всего тела на коже начинают появляться так называемые гнилостные пузыри, зависящие от просачивания жидких частей трупа и растягивания ими наружной кожицы.



Рис. 1. Вздутие трупа гнилостными газами

При взрезе таких пузырей выделяются зловонные газы и кровянистая сукровица; дно пузырей бывает бледножелтого цвета. В частях тела, свободных от пузырей, кожица легко снимается. В этот период гниения труп обыкновенно издает зловоние.

В середине второй недели после смерти, вследствие усиливающегося образования гнилостных газов и пропитывания ими тканей и толщи кожи, образуется часто так называемая трупная эмфизема: лицо, шея, грудь и живот резко вздуваются, руки и ноги делаются толстыми, мошонка раздувается газами иногда до величины детской головки (рис. 1).

К концу первого месяца после смерти труп представляется багрово-зеленым, вздутым, кожица снимается с по-

верхности тела лоскутами, волосы с легкостью отделяются, черты лица искажаются до неузнаваемости; изо рта, заднего прохода и из влагалища вытекает багрово-красная сукровица. К этому времени, а иногда несколько позже, под влиянием скопившихся в брюшной полости газов стенка живота может лопнуть и опасть.

Дальнейшие процессы разложения трупа ведут к постепенному распаду мягких тканей и внутренних органов. Мягкие ткани трупа (кожа, мышцы, внутренние органы) разрушаются обыкновенно в 2—3 года, связки и хрящи — в среднем через 5 лет. К разрушительным процессам собственно гниения трупа присоединяется также повреждение тканей всевозможными видами червей и насекомых, особенно мухами (их личинками) в летнее время. Дольше всего противостоят разрушению кости, остатки которых находили через десятки, сотни лет после смерти.

§ 2. На процессы гниения мертвых тел оказывают большое влияние, в смысле ускорения или замедления гниения, среда и условия, в которых находился труп. В жаркое время года трупы загнивают иногда очень быстро, часто на 2—3 день все тело становится грязно-зеленым и вздувается гнилостными газами; наоборот, в холодные зимние месяцы иногда через неделю после смерти нельзя бывает отметить особенных признаков гниения. Трупы погибших от охлаждения тела, остающиеся на льду или в снегу, могут сохраняться в свежем состоянии очень долгое время. С наступлением тепла замерзшие трупы начинают разлагаться в обычном порядке.

Таким образом, первым и самым важным условием, влияющим на ход гнилостных процессов трупа, является температура окружающей среды — скорее всего загнивают трупы, остающиеся на воздухе, медленнее — находящиеся в воде и еще медленнее — в земле.

Из условий, влияющих на ход гниения, необходимо отметить также возраст: трупы детей вследствие нежности тканей и большого содержания воды в теле загнивают скорее, чем трупы взрослых; трупы новорожденных дольше противостоят гниению, так как содержимое кишок у них не содержит бактерий; трупы полнокровных, а также погибших от задушения, когда масса крови остается жидкой, загнивают довольно быстро. Особенно ускоряют процессы гниения такие предшествовавшие смерти заболевания, как заражение крови, открытые раны, в которые после смерти

легко проникают извне всевозможные бактерии. По этой же причине подвергаются быстрому разложению трупы погибших от раздробления тела или его частей, например, попавших под поезд, трамвай и т. д.

Гробы, особенно металлические, задерживают гниение тела, как мешающие доступу воздуха; так же влияет и одежда — на непокрытых платьем частях трупа гниение всегда начинается раньше, чем на частях одетых.

Таким образом, на ход гниения тела влияет множество различных условий, которые при выяснении вопроса о давности смерти необходимо строго учитывать, чтобы не впасть в грубую ошибку.

При действии на труп сухого теплого воздуха, особенно в условиях сквозняка, гнилостные процессы в трупе часто совершенно не развиваются, а ткани трупа постепенно подвергаются высушиванию, сморщиванию, приобретают темно-бурую окраску, становятся наощупь твердыми, как дерево; труп превращается как бы в мумию, почему и процесс называется мумификацией. В этом состоянии трупы могут сохраняться бесконечно долгое время. Мумифицирование трупа может произойти также при погребении тела в известковой почве. Наблюдаются случаи нахождения трупов в состоянии мумификации в хорошо проветривающихся чердаках и погребах.

При погребении тела во влажной почве или при пребывании его в воде развивается иногда процесс, называемый жировоском.

Жировоск представляет из себя плотную массу, при разрезе похожую на смесь жира с воском, с характерным прогорклым запахом. Он образуется не раньше шести недель пребывания трупа в воде. Поверхность трупа при жировоске принимает серо-бурую окраску, местами с белесоватым налетом.

При жировоске на трупе хорошо сохраняются следы повреждений, например странгуляционная борозда на шее, колотые и резаные раны, подкожные кровоизлияния и т. п.

При пребывании трупа в продолжение длительного времени в кислых торфяных болотах (например, близ Москвы) гнилостное разложение также не наступает. Кожа трупа в этих случаях делается весьма плотной, бурого цвета, кости размягчаются. Труп подвергается процессу, напоминающему дубление, поэтому этот вид сохранения трупа называется торфяным дублением.

Наблюдалось хорошее сохранение трупов также в нефтяных болотах и в глубине нефтяных скважин. Труп в этих случаях пропитывается нефтяными продуктами, кожа покрывается маслянистой жидкостью буро-коричневого цвета и в частях тела, не покрытых одеждой (кисти рук, лицо), слегка отстает от подлежащего слоя (мацерируется). Процессы гниения при нахождении трупа в нефти хотя и происходят, но протекают весьма медленно. Мумификация, жировоск и торфяное дубление представляют собой разновидности естественной консервации трупа.

В некоторых случаях для сохранения трупа применяют методы искусственной консервации. Лучшим и простым способом сохранения трупа является обкладывание его льдом, применяемое обычно при консервировании трупа на короткий срок. Для длительной консервации существует много способов. Одним из наиболее распространенных является вливание в труп через сосуды (например, через бедренную артерию) дезинфицирующих и консервирующих жидкостей, чаще всего формалина в смеси со спиртом.

ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ОБНАРУЖЕНИЯ

§ 1. Обстановка, при которой был обнаружен труп, должна быть обязательно зафиксирована. Это достигается тремя способами:

- 1) составлением протокола, т. е. описанием трупа и места, где он обнаружен;
- 2) фотографированием трупа и места, где он обнаружен;
- 3) составлением кроки, т. е. схематического плана места обнаружения трупа.

Протокол представляет последовательную запись всего найденного на месте обнаружения трупа. Изложение его должно быть просто, ясно и достаточно подробно. В каждом отдельном случае протокол охватывает вначале общую обстановку места обнаружения трупа, а затем подробно и по определенной схеме запечатлевает положение и особенности самого трупа. Протокол должен представлять только описание обнаруженного, но ни в коем случае не должен содержать выводов. Протокол составляется на месте обнаружения трупа; составление его вне этого места, по памяти, совершенно не допустимо.

Можно рекомендовать следующую схему протокола первоначального осмотра трупа на месте обнаружения.

ПРОТОКОЛ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО НАРУЖНОГО ОСМОТРА ТРУПА

ГР

Введение (указывается где, когда, кто, по распоряжению кого произво-
дил осмотр трупа).

Описательная часть

- 1) Осмотр одетого трупа в общем:
 - а) местоположение трупа (на земле, на полу, на кровати и т. д.)
.
 - б) положение и поза трупа;
 - в) расположение частей трупа;
 - г) предметы на трупе и возле него;
- 2) Осмотр одежды на трупе (в порядке или беспорядке, помарки и пятна на ней, повреждения, содержимое карманов и т. д.).
- 3) Осмотр раздетого трупа в общем:
 - а) индивидуальные особенности трупа (пол, возраст, рост, телосложение, питание, цвет кожи, особенности).
 - б) трупные явления (охлаждение тела, окоченение, трупные пятна), признаки гниения (зловоние, позеленение трупа, вздутие трупа и т. д.)
- 4) Осмотр тела по частям:
 - а) головы и лица
 - б) шеи
 - в) груди
 - г) живота
 - д) половых органов и заднего прохода
 - е) рук
 - ж) ног
 - з) спины
- 5) Осмотр следов насилия

Данные, заносимые в протокол, должны отличаться возможной точностью. Надо избегать таких выражений как «около», «приблизительно», «недалеко» и т. п. Например, нельзя писать: «около трупа на земле лежит нож», должно быть записано: «на полу, справа от трупа, на одной линии с кистью правой руки, на 56 см от последней лежит финский нож, острие которого направлено в сторону трупа». Описывая цвет кожи, цвет той или иной части одежды, необходимо указывать этот цвет точно, причем отмечать и оттенки цвета, если они имеются. Например, «цвет кожи на передней поверхности трупа в общем бледный с желтоватым оттенком», «на трупе пиджак из темносерой шерстяной материи». Обнаруживая на тех или иных предметах пятна,

вызывающие подозрения на кровь, нельзя в протоколе описывать их как кровавые, а необходимо указать лишь на форму, размер, местоположение и цвет этих пятен, точная природа которых может быть выяснена только путем специального исследования в лаборатории. Рост трупа лучше всего измерять в сантиметрах от пятки до макушки головы; сложение трупа, под которым надо разуместь развитие мускульной и костной системы, можно определять только на гоом трупе.

§ 2. Фотография производится до начала розыскных действий. Никакое описание положения трупа и обстановки не может передать так подробно и наглядно действительную картину, как передает ее фотографический снимок.

Фотосъемка трупа производится в целом в той позе и на том месте, как он был обнаружен. Применяя фотографию, нужно в каждом отдельном случае учесть общую обстановку и сообразно с этим производить фотосъемку; например, при обнаружении трупа на кровати, труп фотографируется, если это допускает место, с обеих сторон, если труп лежит на полу или на земле, то объектив фотоаппарата устанавливается над трупом и производится так называемая вертикальная фотосъемка.

Повреждения на одежде и на непокрытых одеждой частях тела фотографируются с обязательным приложением к этим повреждениям масштаба, т. е. линейки с делением.

§ 3. Кроки, т. е. схематический план места обнаружения трупа, давая наглядное и простое представление о последнем, должны составляться во всех случаях обнаружения трупа в помещениях, тем более, что составление их крайне просто, и требует только карандаша, разграфленной на клетки бумаги и компаса. Кроки, схематически изображая помещение, обстановку, труп и т. д., в то же время дают возможность судить как о размерах помещения и предметов, находящихся в нем, так и о расстоянии их друг от друга.

§ 4. Составлением протокола, кроки и фотографированием помещения и трупа заканчиваются действия, направленные к закреплению общей обстановки, в которой был обнаружен труп.

Только после этого можно приступить к подробному осмотру самого трупа, переворачивать его, раздевать и т. д.

Осмотр одежды, в которой был обнаружен труп, дает возможность в некоторых случаях уяснить как характер совершенного преступления, так и отдельные моменты пре-

ступных действий. Вначале необходимо осмотреть одежду не трогая ее, причем труп может быть перевернут на противоположную сторону только после того, как закончено исследование видимой части одежды.

При огнестрельных ранениях осмотр одежды является крайне важным. При выстрелах в упор и в пределах дополнительных факторов (см. гл. V) на одежде могут быть констатированы разрывы, опаление, копоть и внедрение порошинок.

На трупе лиц неизвестных осмотр одежды может дать указания на личность убитого. Метки на белье, ярлыки фирм на подкладке одежды, загрязнение одежды характерными пятнами, зависящими от профессии убитого, все это может способствовать установлению личности убитого.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА

(Наружный осмотр и вскрытие)

§ 1. Наружный осмотр заключается в подробном и планомерном исследовании поверхности тела и всех имеющихся на нем особенностей и повреждений.

Наружный осмотр начинается, как правило, с головы; исследуются волосы, их цвет, густота, длина и т. д. Затем осматриваются лицо, глаза, нос, ушные раковины, губы, зубы; при этом отмечается состояние этих органов, наличие повреждений, крови и пр. Затем осматривается шея, определяется ее длина и окружность, тщательно исследуются кожные покровы для установления или исключения на них ссадин, кровоподтеков, странгуляционной борозды и т. д. Проверяется степень подвижности шеи — нет ли переломов шейных позвонков.

Далее переходят к исследованию грудной клетки. Устанавливают, правильной ли она формы (нормально у мужчин — цилиндрической, у женщин — бочковидной формы). Тщательно ощупываются все ребра. У лиц женского пола исследуют грудные железы в отношении их величины, упругости, окраски сосков и околососковых кружков, путем сдавливания грудных желез убеждаются в наличии или отсутствии в грудных железах молозива или молока.

Затем переходят к осмотру живота, ощупывая его с целью установления степени упругости, а также для проверки состояния брюшной полости в смысле наличия или отсутствия в последней жидкостей, опухолей, увеличенной матки и пр.

Далее осматриваются наружные половые органы, т. е. у мужчин половой член и мошонка, у женщин — большие и малые половые губы, вход во влагалище, девственная плева, клитор.

Особенно внимательно исследуется у лиц женского пола девственная плева, проверяется ее анатомическая целостность, а в случае наличия разрывов устанавливается, по возможности, давность причинения этих разрывов.

Далее осматривается спина и область заднего прохода. Отмечается, свободен ли он от кала, крови, в каком состоянии заднепроходное отверстие.

Повреждения, имеющиеся на поверхности тела, описываются после общего осмотра трупа. При описании повреждений точно указывается местоположение повреждения, его форма, размеры, цвет, глубина и пр.

Определение повреждения при описании не делается, т. е. нельзя, например, указывать, что на трупе имеется колотая, резаная или огнестрельная рана, а необходимо подробно описать признаки и свойства данного повреждения, точное определение которого дается лишь в заключительной части акта.

§ 2. После окончания наружного осмотра производится вскрытие трупа.

Вскрытие представляет собой рассечение мертвого тела с целью изучения состояния мышц, костяка и внутренних органов, причем главной целью судебно-медицинского вскрытия является установление причины смерти.

При судебно-медицинском исследовании трупа обязательному вскрытию подлежат 3 полости: черепная, грудная и брюшная. В некоторых случаях вскрывается также спинномозговая полость, т. е. позвоночник.

В случае наличия на теле повреждений первой вскрывается та полость, в области которой расположено повреждение. Однако порядок вскрытия в каждом отдельном случае устанавливается судебно-медицинским экспертом.

Каждый внутренний орган исследуется экспертом в анатомическом, патолого-анатомическом и судебно-медицинском отношениях.

Устанавливается прежде всего правильность развития органа — его форма, размер, вес и т. д. Затем орган исследуется в отношении нормального строения его ткани, т. е. отсутствия или наличия в нем тех или иных болезненных изменений. Наконец, орган исследуется в смысле его це-

лости, отсутствия или наличия на нем тех или иных повреждений.

Кроме органов тщательно исследуются также полости, в которых расположены органы, в отношении целостности их стенок (свод и основание черепа — в черепной полости, ребра и позвоночник — в грудной полости, стенки живота, позвоночник и таз — в брюшной полости), наличия или отсутствия в полостях крови, гноя, выпотной жидкости и т. д.

Вскрытию иногда предшествует эксгумация, т. е. извлечение из могилы трупа.

Эксгумация производится по распоряжению прокурорского надзора, обычно в случаях, когда возникает подозрение, что похоронено лицо, умерщвленное тем или иным способом.

При эксгумации, кроме представителей следствия, присутствуют близкие умершего для указания могилы и точного опознания трупа и судебно-медицинский эксперт.

Никакая давность захоронения не может служить препятствием к эксгумации. Во-первых, труп может подвергнуться одному из видов естественной консервации, что дает возможность установить смерть от повреждения через много месяцев после смерти.

Во-вторых, даже далеко зашедшее, протекающее в обычном порядке гнилостное разложение трупа не мешает установлению таких повреждений, как переломы костей, огнестрельные их ранения и др., а также установлению отравлений некоторыми ядами.

Гнилостное разложение не мешает отысканию пули в теле, особенно когда она застряла в костях или находится в черепной полости, удавляющего предмета — проволоки, веревки в области шеи и т. д.

Перевскрытие трупа, т. е. вторичное вскрытие, предпринимается в тех случаях, когда первое вскрытие не удовлетворяет следователя или когда по ходу следствия возникли новые вопросы, не разрешенные при первом вскрытии.

§ 3. Судебно-медицинское исследование трупа имеет огромное значение в деле расследования преступлений.

Помимо того, что путем вскрытия трупа устанавливается точная причина смерти человека и ее род (убийство, самоубийство, несчастный случай, болезнь), бывает возможно в ряде случаев воссоздать полностью или частично обстоятельства, предшествовавшие смерти, иногда имеющие важное значение для следствия. Вскрытие трупа часто устанавли-

ливают, например, что самоубийца перед смертью был в состоянии алкогольного опьянения, что в таком же состоянии было лицо, попавшее под трамвай, поезд и т. д.

Вскрытие по выраженности реактивных явлений (кровотечению в области ранений) позволяет высказаться при множественности повреждений о последовательности их нанесения.

Путем исследования характера повреждений на трупе и последующих явлений (кровоотечения и пр.) можно высказаться о том, сопротивлялся ли покойный и насколько энергично, сколько приблизительно времени жил раненый после получения повреждений, мог ли он двигаться, совершать те или иные движения, кричать и пр.

По характеру и свойству содержимого в желудке и кишечнике, по наличию пищевых масс в дыхательных путях имеется возможность высказаться о том, какую пищу и за сколько времени до смерти принимал покойный, была ли у него перед смертью рвота и т. п. Установление всех указанных обстоятельств позволяет, во-первых, уточнить момент смерти, во-вторых, в некоторых случаях выявить отдельные детали, предшествовавшие происшествию (особенности исследования в случаях смерти от отравления см. в гл. XI).

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСЧЛЕНЕННОГО ТРУПА

§ 1. Расчленение трупа производится обычно с целью скрыть следы убийства.

Расчленение трупа производится различными способами и различными орудиями. Большей частью при расчленении трупа преступники применяют топоры, пилы, большие кухонные ножи и долбящие орудия (долото, стамеску и пр.).

Труп расчленяется на различное количество частей. Чаще всего отделяются голова, обе руки близ плечевых суставов, грудная клетка, таз, бедра в верхнем отделе, обе голени. Иногда труп расчленяют на гораздо большее число частей. Внутренние органы грудной и брюшной полостей обычно полностью или частично извлекаются.

Мягкие ткани (кожа, мышцы) в одних случаях не удаляются с костей, в других — каким-либо остроорежущим орудием отрезаются от костей конечностей, грудной клетки, таза и пр.

Лицо обычно обезображивается с целью сделать невозможным опознание. С этой целью череп скальпируется, все

мягкие ткани лица срезаются острым орудием, зубы выбиваются, глазные яблоки выкалываются и извлекаются из орбит, нос отрезается и т. д.

Части трупа укладываются в мешки, небольшие ящики, чемоданы и прочее, выносятся из помещения, где произошло убийство и расчленение, затем разбрасываются, закапываются, бросаются в колодцы, водоемы и т. д. в более или менее отдаленных от места преступления пунктах.

§ 2. При обнаружении частей расчлененного трупа необходимо бывает разрешить следующие основные вопросы:

- 1) принадлежат ли найденные части тела одному и тому же трупу;
- 2) каким образом и когда совершено убийство;
- 3) каким образом совершено расчленение;
- 4) какие имеются признаки на расчлененных частях, по которым можно установить личность убитого.

Кроме того, может возникнуть ряд дополнительных вопросов о времени, которое необходимо было затратить на расчленение, об уточнении орудия, которым производилось расчленение, и т. д.

Главным признаком, свидетельствующим о принадлежности найденных частей одному и тому же трупу, является совпадение поверхностей разруба или распила костей и линий отреза мягких тканей отдельных частей тела.

Вопрос о давности расчленения решается на основании трупных и гнилостных изменений на найденных частях тела, однако явления эти могут быть на отдельных частях не одинаково выражены, вследствие различных условий, в которых находились те или иные части тела в случае, если преступник разбросал их в разных местах (на открытом месте, в земле, в воде) или если отдельные части тела находят в разное время.

Способ убийства устанавливается по наличию на найденных частях тела тех или иных прижизненных повреждений, которые могли в данном случае привести к смерти, например, странгуляционной борозды на шее, пролома или огнестрельного ранения черепа с повреждением головного мозга и т. д.

Однако такие повреждения обнаруживаются не всегда, так как они могут располагаться на частях тела, подвергнутых в процессе расчленения полному видоизменению с уничтожением следов причиненного смертельного повреждения (например, после колото-резаного ранения сердца преступ-

ник удалил мягкие покровы грудной клетки и органы грудной полости; после удушения петлей — кожу с шеи, после отравления — все внутренние органы и т. д.).

Способ расчленения трупа устанавливается по следам от орудий, которые применялись при расчленении, на мягких тканях (коже, мышцах), внутренних органах и костях.

Следы от острорежущих орудий (бритвы, ножа и т. п.) характеризуются ровными краями разрезов кожи, ровной поверхностью рассечения толщи мышц и внутренних органов.

Следы от рубящих орудий на костях зависят от вида орудия и способа его применения. Небольшой плотничный топор при ударах с размаха оставляет на костях щелевидные, линейные повреждения, проникающие в толщу кости на разную глубину в зависимости от силы удара. Трубчатые кости небольшого диаметра (локтевая, малая берцовая) могут разрубаться на части одним ударом топора. При ударах большим лесорубным топором нередко кость, особенно трубчатая большого диаметра (бедренная, большая берцовая), в месте удара частично разрубается, частично ломается с образованием осколков.

При расчленении костей пилой остаются характерные следы от зубцов пилы (зубцы пилы раздвинуты в стороны, один направо, следующий за ним налево), причем ширина распила зависит главным образом от степени раздвига зубцов пилы (у пил для дерева зубцы сильно раздвинуты, у пил для металла раздвиг пилы незначителен).

След от долбящих орудий (долото, стамеска) на костях выражается в отпечатке на поверхности кости всей ширины и толщины концевой части лезвия долбящего орудия, которое при ударах по нему молотком и т. п. проходит вглубь кости. При воздействии долбящего орудия на трубчатую кость (плечевую, бедренную и др.) след от лезвия орудия обнаруживается также на стенках канала кости, куда проникает долбящее орудие.

§ 3. Вещественными доказательствами в делах при расчленении являются прежде всего следы крови в помещении, где производилось расчленение трупа.

Так как при расчленении крови вытекает много и она, растекаясь, захватывает обычно большое пространство (стол, пол, кушетку и пр., на которых расчленяется труп), удаление ее полностью представляет большие трудности. Поэтому следы крови необходимо тщательно искать на полу,

на столах, на кушетке, в ванне и т. д., причем для этой цели иногда приходится приподнимать половицы, паркет, отыскивать кровь в щелях пола и в подполье, куда кровь могла затечь.

Важным вещественным доказательством в деле об убийстве с последующим расчленением является орудие, которым по заключению экспертизы совершалось расчленение. На найденном у подозреваемого лица орудии — ноже, топоре, долоте и пр. — необходимо, во-первых, искать следы крови, во-вторых, те или иные детали и изъяны, которые могли отразиться на картине повреждений, обнаруженных на мягких тканях и на костях расчлененного трупа. Кровяные пятна необходимо также искать на предметах, которые могли быть использованы для переноски частей трупа (чемоданы, сумки, мешки и т. п.).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

§ 1. В качестве вещественных доказательств в судебно-медицинской практике чаще всего приходится сталкиваться со следами крови. На втором месте стоят объекты, подлежащие судебно-химическому исследованию (внутренние органы, растворы, порошки и прочее). Наконец, сравнительно редко приходится исследовать волосы, сперму, меконий, кал, мочу и пр.

Организационно-методические указания по лабораторному исследованию вещественных доказательств изложены в Правилах судебно-медицинского и судебно-химического исследования вещественных доказательств, изданных Наркомздравом и Наркомюстом РСФСР в 1934 г.

§ 2. Кровяные следы. В зависимости от характера имеющих на трупе повреждений и предшествовавших смерти тех или иных действий раненого и убийцы (передвижение раненого, переноска трупа), кровяные следы на месте обнаружения трупа могут представляться или в виде отдельных брызг или в виде более или менее обширных помарок, пятен или луж крови. Нахождение близ трупа крови прежде всего позволяет сделать вывод о том, что убийство совершено на том месте, где труп обнаружен. Особенно много крови бывает близ трупа в том случае, когда убийство совершено посредством нанесения жертве резаных ран или обширных повреждений в область головы тупым или тупогранным орудием.

При отсутствии крови близ трупа, на котором имеются указанного характера повреждения, можно заключить, что убийство произошло не на месте обнаружения трупа, а последний был откуда-то перенесен.

Кровяные брызги, находимые близ трупа на полу, на земле, стене и т. д., могут быть различной формы. Если капля крови падает на землю или пол вертикально, то она оставляет след кругловатой формы; при падении с высоты около 20 см края круга бывают ровными, при падении с большой высоты по краям круга замечаются разбрызгивания в виде зубчиков, причем эти зубчики особенно резко бывают выражены при падении с высоты в 150 см и выше. При падении капля крови в косом направлении, что часто бывает в момент нанесения ранений, кровь оставляет след в виде удлиненного овала, один конец которого вытягивается в длинную тонкую линию, направленную в сторону падения капля. Если капли крови падают с движущегося человека или предмета, то форма их часто бывает не вполне круглой — один конец капли будет закруглен, а другой разбрызгавшийся, причем разбрызгивание указывает ту сторону, по направлению которой двигался человек или предмет.

Иногда преступник схватывается окровавленными руками за те или иные предметы, оставляя на них кровавые отпечатки концов пальцев. Если руки преступника не густо запачканы кровью, то на предметах полированных или с блестящей поверхностью можно обнаружить кровавый узор ладонных поверхностей концов пальцев, что дает возможность запечатлеть узоры пальцев преступника для дальнейшего опознавания по методам дактилоскопии. Наступая на лужи крови, преступник может оставить кровавые отпечатки ног, обутых или босых. Измерением или зарисовкой этих следов и сравнением их с ногами подозреваемых лиц можно в некоторых случаях помочь обнаружению преступника.

При отыскании следов крови на месте обнаружения трупа необходимо бывает тщательно осмотреть все предметы обстановки. Если возникает подозрение, что следы крови на полу могли быть смыты, кровь нужно искать в щелях и изъемах пола. Все задержанные по подозрению в убийстве лица должны немедленно подвергаться самому тщательному осмотру в целях обнаружения подозрительных на кровь пятен.

Нужно отметить, что по характеру имеющихся на трупе повреждений почти всегда можно сделать заключение о

том, что на убийце будут кровавые пятна. Ножевые ранения шеи, где расположены крупные кровеносные сосуды, обширные рубленые и ушибленные ранения черепа и т. п. обычно сопровождаются обильным разбрызгиванием на значительное пространство кровавых капель и брызг, которые, попадая на одежду преступника, могут явиться в дальнейшем самыми объективными доказательствами участия в преступлении.

Осмотр одежды с целью нахождения кровавых брызг и пятен вначале производится на самом подозреваемом, затем одежда снимается и осматривается внутренняя ее поверхность. Выворачиваются рукава, карманы, осматриваются носовые платки, коробки от спичек и папирос и пр.

В настоящее время судебно-медицинская наука может при исследовании установить: а) что данное вещество действительно является кровью; б) что кровь эта принадлежит человеку или определенному виду животных; в) группу и тип крови.

Установить принадлежность найденной крови определенному лицу наука пока не в состоянии. Однако при определении группы крови имеется возможность исключить принадлежность крови на вещественных доказательствах убитому лицу. Например на одежде подозреваемого найдена кровь, принадлежащая II группе, а кровь убитого принадлежит к III группе и т. д.

Также невозможно определить точно давность крови. Иногда удается определить, что кровь на том или ином предмете является менструальной или результатом носового кровотечения и т. д.

§ 3. Волосы могут фигурировать как вещественное доказательство главным образом при нахождении их в руках убитого. В таких случаях всегда возникает подозрение, что эти волосы вырваны жертвой с головы или других частей тела преступника во время борьбы с ним. Наличие на теле убитого знаков сопротивления (ссадин, кровоподтеков на руках и других частях тела) усугубляет такое подозрение.

Однако волосы надо искать не только в руках трупа, но и на других частях тела, куда волосы преступника могут попасть во время совершения преступления. Например, при изнасиловании с последующим убийством волосы с лобка преступника могут попасть на живот, бедра и лобок убитой. При совершении убийства тупым, тупогранным, рубящим и другими орудиями на последних часто остаются волосы

жертвы, когда удары были нанесены по голове. Следовательно, обнаружение на ломе или топоре, отобранном у подозреваемого, волос, сходных с волосами с головы жертвы, явится весьма ценной уликой.

§ 4. Сперма (семенная жидкость) бывает предметом исследования в делах об изнасиловании, растлении, развратных действиях и мужеложстве. При всех этих правонарушениях нахождение семени может быть весьма важной уликой. Например наличие спермы на одежде или теле малолетних детей с несомненностью свидетельствует о произведенных над ними развратных действиях.

Изобличающее значение имеет нахождение спермы в прямой кишке субъекта при мужеложстве. На тех или иных предметах (одежде, простыне и т. п.) семенная жидкость обычно представляется в виде плотных засохших пятен серовато-белого цвета. Кусочки ткани с такими пятнами подвергаются в лаборатории специальной обработке с целью нахождения семенных нитей — сперматозоидов, наличие которых является единственным доказательством, что данные пятна или жидкость действительно являются мужским семенем.

§ 5. Меконий — первородный кал, как вещественное доказательство может фигурировать в делах о детоубийстве.

Остатки мекония в виде буровато-зеленых пятен, наслоений и т. д. необходимо искать на тряпках, простынях, одеялах и прочем в квартире у женщины, подозреваемой в детоубийстве, так как весьма часто новорожденный тотчас после рождения выделяет первородный кал.

Меконий в судебно-медицинской лаборатории устанавливается по наличию в представленных объектах так называемых мекониевых телец.

ГЛАВА III

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ

§ 1. Скоропостижной называется быстрая, иногда мгновенная смерть, наступающая при кажущемся здоровье.

Такая смерть нередко вызывает подозрение на возможность насильственной смерти, например от отравления, скрытого повреждения и т. п. В каждом случае скоропостижной смерти обязательно должно быть произведено судебно-медицинское вскрытие.

Обязательность судебно-медицинского исследования трупов скоропостижно умерших обусловливается главным образом необходимостью подтвердить смерть от того или иного заболевания и тем самым исключить насильственную смерть.

§ 2. Наиболее частой причиной скоропостижной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Из заболеваний сердца, как причина скоропостижной смерти, на первом месте стоит так называемый склероз венечных артерий сердца.

Венечные артерии разветвляются на поверхности сердца и в толще его мускулатуры; они являются сосудами, питающими сердце. Примерно 10% всей циркулирующей в теле человека крови приходится на долю венечных артерий сердца.

Заболевания венечных артерий выражаются в склерозе их стенок (уплотнении вследствие отложения извести), что постепенно приводит к сужению просвета артерий. Кровь по суженным артериям поступает в мышцы сердца в недостаточном количестве, вследствие чего мышцы, не получая потребного им питательного материала, перерождаются и постепенно превращаются в соединительную ткань (заболевание это называется кардиосклерозом). Кроме того, внутри венечных артерий на их склерозированных стенках отлагаются иногда кровяные свертки, которые, постепенно уплотняясь и увеличиваясь, могут совершенно закупорить просвет венечной артерии (так называемый тромбоз арте-

рии). В таких случаях или наступает быстрая, часто мгновенная, смерть или развивается омертвление участка сердца, питавшегося закупоренной ветвью венечной артерии.

Омертвевший участок размягчается, мышечная ткань в нем распадается. Под напором циркулирующей в сердце крови размягченный участок в сердце разрывается и наступает смерть от разрыва сердца. Такой разрыв сердца наблюдается редко. Чаще омертвевшая мышечная ткань сердца заменяется плотной соединительной тканью и в сердце образуется рубец, который под влиянием постоянного давления крови, циркулирующей в сердце, нередко постепенно растягивается и выпячивается, образуется так называемая аневризма сердца — тяжелое хроническое заболевание, нередко кончающееся скоропостижной смертью.

Другим заболеванием сердца, могущим привести к скоропостижной смерти, является хроническое воспаление сердечной мышцы (миокардит), который обычно является следствием перенесенных инфекционных заболеваний (дифтерии, тифов, ревматизма и др.).

Причиной скоропостижной смерти является также самопроизвольное кровоизлияние в головной мозг, — так называемый апоплексический удар или инсульт.

Заболевание это возникает на почве разрыва мозгового сосуда, пораженного склеротическим процессом. Кровь из разорвавшегося сосуда поступает непосредственно в мозговую ткань, разрушает ее и заложенные на участке кровоизлияния мозговые центры.

Инсульт не всегда кончается смертью, но если больной выживает, у него остаются стойкие параличи правой или левой половины тела. В большинстве случаев инсульт через некоторое время повторяется, приводя в конце концов больного к смерти.

Кровоизлияние в мозг с мгновенной смертью может также наступить на почве заболевания, именуемого гипертонией, при которой у больного отмечается постоянное повышенное кровяное давление, вызывающее в некоторых случаях разрыв мелких мозговых сосудов.

При заболевании легких скоропостижная смерть наступает редко: при крупозном воспалении легких (некоторые больные, особенно старики, иногда не замечают и переносят это заболевание на ногах), при хроническом туберку-

лезе легких от внезапно возникающего легочного кровотечения или прорыва воздуха из легких в плевральную область (так называемый пневмоторакс).

Дети до одного года нередко умирают скоропостижно от капиллярного бронхита, при котором самые мелкие разветвления бронхов закупориваются слизью, что приводит к острой асфиксии.

При острых инфекциях, которые протекают скрытно или вызывают незначительное недомогание, причем больной продолжает ходить и работать, может наступить скоропостижная смерть от паралича неполноценного сердца. Сюда относятся: брюшной тиф, выпотный плеврит, грипп, малярия и пр.

При некоторых хронических заболеваниях скоропостижная смерть наступает в результате неожиданно наступающих острых осложнений.

Например, при язве желудка, при хорошем общем самочувствии, может наступить прободение язвы с последующим острым внутренним кровоизлиянием или смертельным шоком.

При увеличенной малярийной селезенке самопроизвольно или от незначительного воздействия на область живота наступает изредка разрыв селезенки с последующим острым смертельным кровотечением.

При беременности во второй ее половине наблюдались случаи разрыва матки с быстрым смертельным исходом.

О возможности мгновенной смерти от острой асфиксии вследствие закрытия пищей или рвотными массами дыхательного горла сказано в главе VII.

Наступлению скоропостижной смерти способствует ряд факторов. Прежде всего сюда необходимо отнести алкогольное опьянение, в состоянии которого человек легко может умереть, особенно при наличии у него заболевания сердца, мозговых сосудов, язвы желудка и пр.

Затем чрезмерное физическое напряжение, переполнение желудка пищей, внезапные психические переживания (эмоции), а особенно сочетание ряда факторов, например алкогольного опьянения, обильного приема пищи и физического перенапряжения, легко могут привести к параличу сердца с неполноценными венечными артериями или к кровоизлиянию в мозг при наличии склероза мозговых сосудов.

ГЛАВА IV

ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ

§ 1. Повреждением называется нарушение целостности тканей и физиологических функций организма. Судебно-медицинскому рассмотрению подлежат повреждения, причиненные механическими, термическими (тепловыми), электрическими, химическими и психическими факторами.

Механические повреждения обычно причиняются: 1) тупыми орудиями, 2) колющими, колюще-режущими, режущими и рубящими орудиями и 3) огнестрельным оружием.

§ 2. Повреждения тупыми, колющими, колюще-режущими и рубящими орудиями. Категория тупых орудий весьма широка, так как множество предметов в любую минуту могут быть превращены в орудия повреждения и убийства. Таким орудием может явиться камень, гиря, железный лом, дубина, молоток и т. д. Некоторые тупые предметы имеют тупые края, грани, и поэтому их называют тупогранными.

Самым легким повреждением, причиняемым тупым или тупогранным предметом, являются ссадины и царапины.

Ссадина образуется вследствие сдвигивания поверхностного слоя кожи при воздействии на тело тупого орудия, отчего выступают капельки крови, которые, подсыхая, превращаются в корочку светлокрасного или темнокрасного цвета. Такая корочка через 3—4 дня начинает постепенно отпадать и на месте бывшей ссадины видна блестящая кожа; через неделю-полторы от ссадины обычно не остается никакого следа. Несмотря на то, что ссадины представляются ничтожными повреждениями, нахождение их в некоторых областях тела указывает на определенное преступное деяние. Так, ссадины полулунной формы на шее могут указывать на задушение или попытку задушения руками, ссадины такой же формы на внутренней поверхности бедер у женщины являются характерным повреждением при изнасиловании или попытке к нему.

Царапина — это та же ссадина, но линейной формы. Она

может быть причинена не только тупым предметом, но и поверхностным воздействием на кожу колющим и режущим предметом, например булавкой, осколком стекла и пр.

На втором месте по тяжести при воздействии тупым оружием стоит **кровоподтек**, в обиходе называемый синяком. Кровоподтек представляет собой подкожное кровоизлияние в результате разрыва мелких кровеносных сосудов и выражается в виде припухлости кожи синего или сине-багрового цвета.

Форма кровоподтеков иногда указывает на оружие, которым они были причинены; например, кровоподтеки в форме длинных полос характерны для ударов по телу палкой, плетью, ремнем и т. д. Кровоподтеки небольших размеров кругловатой или овальной формы бывают следствием сдавливания тела концами пальцев.

Выраженность кровоподтеков зависит от количества излившейся крови и местоположения повреждения. Там, где подкожная ткань богата рыхлой клетчаткой (например, веки глаз, грудные железы, область наружных половых органов у женщин, мошонка, ягодицы), кровоизлияние из разорванных сосудов бывает значительным, и кровоподтечная припухлость кожи выражена резче, чем в местах тела, бедных подкожножировой клетчаткой.

Давность кровоподтека определяется его цветом: синий цвет кровоподтека говорит о недавнем ударе тупым предметом, через три дня кровоподтек на живом человеке из синего превращается в зеленый, к концу недели желтеет, а позже принимает оранжевую окраску.

§ 3. Когда при воздействии тупого оружия на теле нару-



Рис. 2. Ушибленные раны, кровоподтеки, ссадины и царапины на лице, шее и груди

шается целостность всей толщи кожи, то образуется **ушибленная рана** (рис. 2).

Края такой раны бывают неровными, форма раны обычно неправильна, вокруг раны нередко имеются осаднения и кровоподтечная припухлость. Иногда в областях тела, где кожа натянута (голова, передняя поверхность голени), удар тупым предметом причиняет линейную рану с довольно ровными краями. В глубине кожной ушибленной раны сохраняются уцелевшими отдельные волокна кожи и мелкие сосуды, которые тянутся от одного края к другому в виде перемычек.

§ 4. Колотые раны наносятся так называемым колющим орудием — штык, стилет, шило, гвоздь и т. д., т. е. предметами, концы которых заострены, а края тупы или тупогранны. Эти предметы, проникая в глубь тела, раздвигают кожу.

Колотая рана имеет обыкновенно вид щели, направление которой в разных частях тела бывает различным в зависимости от направления эластических волокон кожи. Незначительная длина щели еще не является показателем легкости нанесенного ранения, так как орудие может проникнуть глубоко в полость тела и повредить важные для жизни органы и при небольшой длине щели.

§ 5. Чаще встречаются ранения **колюще-режущим** орудием, заостренным с одной или обеих сторон: ножами, финками и т. п. Орудие это при воздействии на тело в перпендикулярном направлении вкалывается в тело и одновременно разрезает ткань.

При повреждении острым колюще-режущим орудием края кожной щели (рис. 3) бывают очень ровными, при колотых ранах, наносимых чисто колющим предметом, — не вполне ровными. Если колющий предмет имеет грани (например, штык), то часто кожная рана имеет вид не щели, а звездообразного отверстия.

Опасность колотых и колото-резаных ран заключается в возможности повреждения как крупных кровеносных сосудов, расположенных под покровами тела (например, сонных артерий на шее) и в полостях, так и важных полостных органов (сердца, легких, печени и др.).

По наружному виду колото-резаной раны можно иногда сказать, что орудие не было двусторонне-острым, а имело спинку; в этом случае повреждение на одном конце представляется заостренным, на другом — более или менее притупленным. По длине ранения, особенно при множестве глубоких ран, можно сделать приблизительное заключение о

ширине клинка, причем нужно помнить, что длина раны, вследствие сокращаемости кожи, может быть несколько меньше (на 1—2 мм) ширины клинка. Однако при извлечении орудия из тела оно может путем разреза удлинять рану.

При ранении грудной клетки, спины, таза, т. е. неподатливых областей тела, можно иногда судить о длине лезвия, так как в этих случаях глубина ранения соответствует длине лезвия. При ранениях живота в связи с податливостью брюшных стенок сравнительно короткое лезвие может причинить



Рис. 3 Колото-резаные раны.
(убийство)

глубокое ранение, которое дает неправильное представление о длине лезвия.

§ 6. Резаные раны характеризуются преимущественно линейной формой, ровными краями и сравнительно большой длиной. Типичным режущим орудием является бритва, лезвие безопасной бритвы и т. п. Чистый вид резаных ран встречается сравнительно редко. Чаще бывает сочетание резаной раны с колотой, т. е. колото-резаная рана.

К чисто резаным ранам можно отнести перерезание шеи и кровеносных сосудов на руках, что обычно наблюдается при самоубийстве, а также линейные порезы на ладонях при самозащите от холодного оружия. Чисто резаные раны на других частях тела встречаются реже.

§ 7. При рубленых ранах, наносимых топором, саблей и тому подобными предметами помимо мягких тканей (кожа, мышцы) часто повреждаются кости, а также могут быть совершенно отсечены отдельные части тела, например, пальцы, ухо, нос и т. п.

Режущие и рубящие орудия могут причинить так называ-



Рис. 4. Резаные раны шеи и рук (самоубийство)

емые лоскутные раны в случае, если лезвие орудия действует на тело в косом направлении, не вполне отсекая участок мягких тканей, который подвергается воздействию орудия.

§ 8. Самоубийство режущим орудием чаще всего производится одним из двух способов: самоубийца ножом или бритвой перерезает шею, либо кровеносные сосуды на одной или на обеих руках. Иногда оба эти способа сочетаются (рис. 4). Реже самоубийство совершается путем самозакалывания. При перерезании шеи самоубийцей рана имеет несколько косое направление: сверху, слева, вправо вниз. Такое положение раны бывает в подавляющем большинстве случаев, так

как обычно самоубийца держит орудие в правой руке. Если самоубийца левша и держит орудие левой рукой, разрез идет справа сверху, влево вниз.

Иногда встречаются и отклонения от указанных направлений раны: она может быть поперечной, горизонтальной, хотя при самоубийстве это случается очень редко. Разрез в этих случаях обычно расположен между гортанью (кадыком) и подбородком, реже — на самой гортани или ниже ее.

Глубина раны при самоубийстве может быть различной,

чаще всего наиболее глубокой рана бывает на той стороне шеи, к которой был первоначально приставлен нож, т. е. обычно на левой стороне. Здесь часто мышцы перерезываются до самого позвоночника.

Главным отличительным признаком самоубийства от убийства путем перерезывания шеи является то, что убийца редко ограничивается одним разрезом, и обыкновенно наносит несколько глубоких разрезов, каждый из которых захватывает крупные шейные сосуды, что при самоубийстве наблюдается крайне редко. Самоубийца же, прежде чем произвести смертельный разрез, часто наносит несколько поверхностных насечек кожи или неглубоких разрезов (рис. 4). У самоубийцы одна или обе кисти рук, как правило, запачканы кровью. Если обе руки совершенно чисты, самоубийство маловероятно. При убийстве разрез на шее расположен обыкновенно поперечно, при самоубийстве, как сказано выше, — косо. Так как самоубийца перерезывает шею

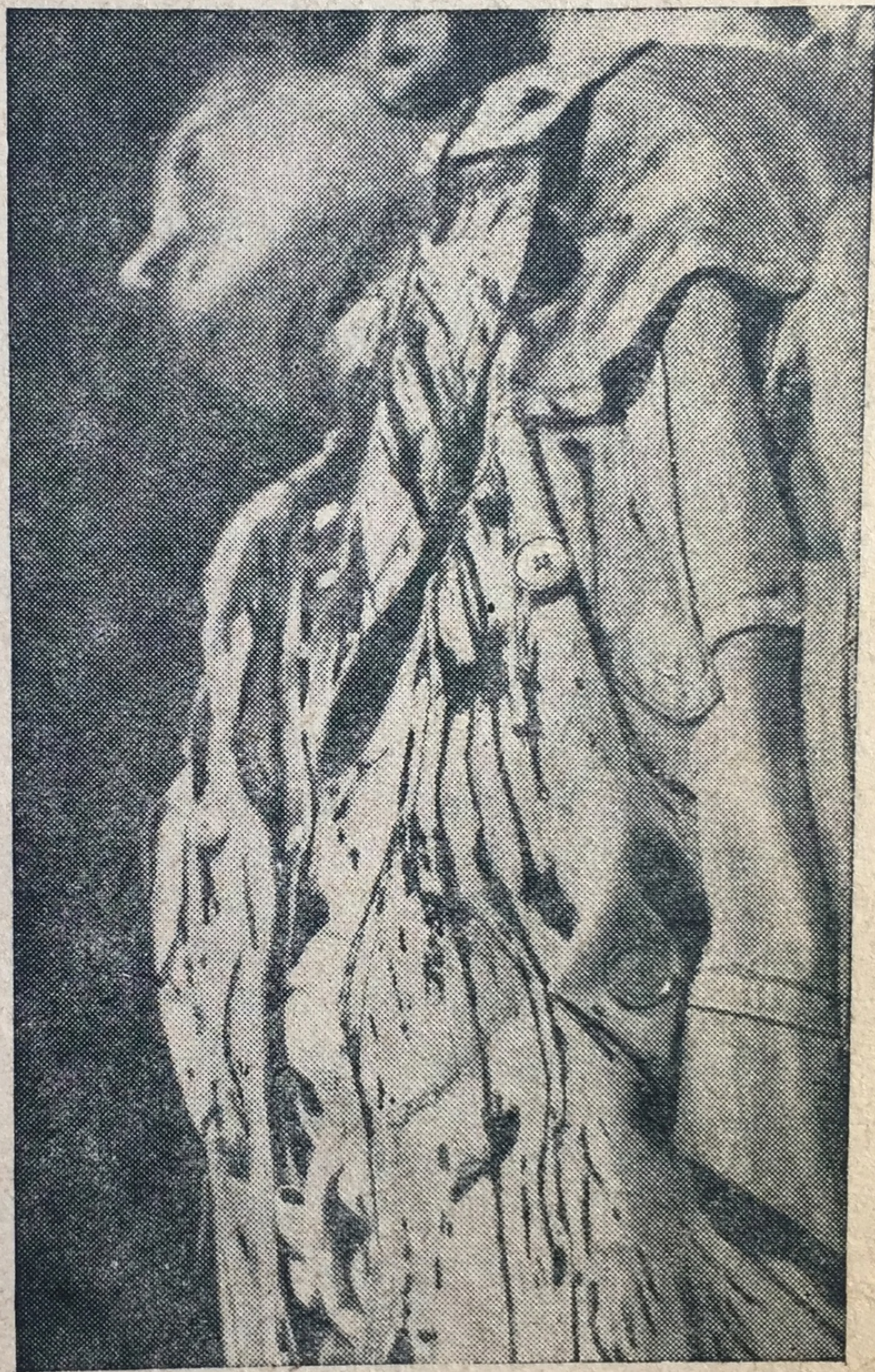


Рис. 5. Потeki крови на одежде при перерезке шеи в случае самоубийства.

обычно в стоячем или сидячем положении (иногда перед зеркалом), то кровяные помарки бывают расположены вдоль туловища, и одежда спереди обычно сплошь залита продольными потеками крови (рис. 5). Убийство же путем перерезания шеи часто совершается над лежащими или

спящими людьми, почему кровяные помарки обыкновенно располагаются поперек шеи и редко встречаются на туловище. Разрезы кровеносных сосудов на руках, локтевом сгибе и в нижней части предплечья встречаются обычно при самоубийстве.

§ 9. Укушенные раны причиняются зубами животных и человека. Укусы домашних животных — собаки или кошки, иногда связанные с заболеванием бешенством, редко бывают предметом судебно-медицинского исследования. Обычно приходится устанавливать укусы, причиняемые зубами человека.

Следы от укусов могут быть на живом человеке при сексуальных преступлениях, при драках и т. д. Они могут иметься также и на теле преступника, как результат активного сопротивления жертвы при убийстве, изнасиловании и т. д. Выраженность следов от укусов зубами зависит от состояния зубов, причинивших укус, а также от силы прикуса. Следы укуса при слабом прикусе представляют ссадины или поверхностные кожные раны продолговатой формы, расположенные рядом по двум дугообразным линиям и отражающие расположение зубов на верхней и нижней челюстях.

При сильном прикусе обнаруживаются кожные, слегка кровоточащие раны с синеватой кровоподтечной припухлостью по краям. Сила прикуса может быть у человека настолько велика, что откусываются куски кожи, часть носа, часть ушной раковины и т. д.

По расположению следов от отдельных зубов и по линии прикуса возможно сделать заключение об отсутствии у причинившего укус определенных зубов, величине их жевательной поверхности, о некоторых дефектах зубов и т. д.

Следы от зубов преступника иногда обнаруживаются на месте преступления и на различных предметах, например на недоеденном яблоке, куске сыра и т. д. Так как следы от зубов могут служить очень ценным вещественным доказательством, в каждом случае их обнаружения они должны фиксироваться путем тщательного описания, фотографирования с масштабом, снятия пластических отпечатков и пр.

Сами по себе укушенные раны относятся, как правило, к легким повреждениям без расстройства здоровья. Однако ввиду нахождения во рту человека большего количества все-

возможных бактерий, укушенные раны подчас дают осложнения в виде длительных нагноений, гнойников в подкожной клетчатке (абсцессов) и пр.

Через укушенные раны легко может быть передан сифилис во второй (заразной) стадии у укусившего.

§ 10. Падение с высоты обычно наблюдается как несчастный случай, реже — как акт самоубийства. Повреждения при этом зависят главным образом от высоты, с которой произошло падение. Практически падение с высоты двух этажей представляет значительную опасность для жизни, ввиду возможности перелома костей черепа, позвоночника и т. д. При падениях с большой высоты наблюдаются множественные переломы костей черепа, позвоночника, ребер, конечностей и пр., а также разрывы внутренних органов, особенно часто — печени. Падение на землю с очень большой высоты, например с самолета, вызывает нередко раздробление тела на ряд бесформенных кусков.

В некоторых случаях может возникнуть подозрение, что с высоты был сброшен труп человека, убитого тем или иным способом, с целью инсценировки несчастного случая. При вскрытии такого трупа обнаруживаются два рода повреждений: прижизненные, нанесенные до сбрасывания с высоты, и посмертные, образовавшиеся при падении мертвого тела с высоты (прижизненность выражается в резком кровоизлиянии в области переломов костей, разрывов органов и пр., посмертность — в отсутствии или ничтожности кровоизлияний в области повреждений).

Убийство путем сбрасывания с высоты наблюдается крайне редко; судебно-медицинским путем такого рода убийство установить трудно, так как оно обычно совершается предательски, путем неожиданного сталкивания с края крыши, обрыва и т. п. Некоторое значение для установления истины могут иметь свежие и несомненные следы сопротивления и борьбы на теле упавшего с высоты, если сбрасыванию предшествовала борьба.

§ 11. Транспортные повреждения в подавляющем большинстве являются последствием несчастного случая.

Различаются повреждения, причиняемые: а) рельсовым транспортом (трамваем, поездом), б) автомашинами и в) гужевым транспортом.

В городах чаще всего встречаются повреждения от колес трамвая и автомашин; реже наблюдаются повреждения, при-

чиненные паровозом и поездом и, наконец, как единичные случаи повреждения от гужевого транспорта (телег, пролеток и т. п.).

Весьма тяжкие, очень часто смертельные, повреждения наблюдаются на рельсовом транспорте в результате попадания под поезд, трамвай. В этих случаях обычно имеются обширные повреждения мягких тканей в виде размозжения кожи и мышц, оскольчатые открытые переломы костей, вскрытие полостей, разрывы, размозжения и перемещения внутренних органов. Иногда тело расчленяется на две и больше частей.

Повреждения мягких тканей от колес автомашины характеризуются ушибленными и рвано-ушибленными ранами, осаднениями и кровоподтеками. Переломы костей бывают обычно закрытыми, нередко наблюдаются трещины и переломы черепа, множественные переломы ребер, переломы таза и конечностей. Из внутренних органов чаще других повреждается печень (трещины, разрывы).

Редким, но характерным накожным повреждением при переезде через тело транспортного средства является широкая осадненная полоса, представляющая собой след от колеса.

При судебно-медицинском исследовании трупа с наличием повреждений, характерных для воздействия на тело транспортного средства, может возникнуть ряд вопросов.

В неясных в следственном отношении случаях иногда возникает вопрос, каким именно транспортным средством — поездом, трамваем или автомашиной — причинены данные повреждения. Помимо характера повреждений решению этого вопроса помогают иногда отпечатки на теле узора покрышек колес автомашины, радиатора, известное значение может иметь наличие на теле мазутной смазки и т. д.

Затем, особенно при обнаружении трупа на железнодорожных путях, может возникнуть вопрос о том, не положен ли на рельсы труп предварительно убитого тем или иным способом, с целью инсценировки несчастного случая. Тщательное судебно-медицинское исследование трупа позволяет в таких случаях установить истину путем определения прижизненности или посмертности повреждений, а также в случае предварительного убийства, путем обнаружения на трупе знаков повреждений, свойственных определенному виду на-

силля (странгуляционной борозды на шее, колото-резаных ран и пр.).

Иногда возникает вопрос, не было ли в данном случае самоубийства (обычно на железнодорожных путях). При наличии множественных повреждений на теле этот вопрос обычно решить нельзя. Предположение о самоубийстве делается весьма вероятным в случаях, когда оказывается отделенной одна голова, так как очень трудно представить такое положение тела при нечаянном попадании под поезд, при котором не были бы затронуты, кроме головы, другие части тела.

ГЛАВА V

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

§ 1. В судебно-медицинской практике обычно приходится сталкиваться с огнестрельными повреждениями, причиняемыми из короткоствольного оружия, т. е. из револьверов и автоматических пистолетов. Реже встречаются ранения, нанесенные из охотничьих ружей, боевых винтовок, самодельного и испорченного («обрезы») оружия.

Револьверы представляют собой ручное короткоствольное оружие. Заряжение и разрядка их производятся вручную. Патроны вкладываются во вращающийся барабан, причем у большинства револьверов между барабаном и начальной частью ствола имеется щель, пропускающая пороховые газы, что значительно снижает боевые качества револьвера. Исключение составляет револьвер системы «Наган», который сконструирован таким образом, что при выстреле гильза раздается и своими стенками плотно прижимается к стенкам камеры (вместилища для патрона) барабана, затем передний обрез гильзы несколько выдается за головку пули и гильза при взведении курка входит в канал ствола. Благодаря этому пороховые газы полностью используются для выбрасывания пули.

В настоящее время револьверы (кроме «Нагана») почти полностью вытеснены автоматическими пистолетами, т. е. ручным короткоствольным оружием, в котором развиваемое при выстреле давление пороховых газов используется не только для выбрасывания пули, но и для перезаряжания, т. е. для открывания затвора, выбрасывания гильзы, введения нового патрона в патронник и т. д.

Автоматические пистолеты заряжаются посредством так называемой обоймы, в которую помещается от семи до десяти патронов. Обойма вставляется обычно в ручку пистолета (магазин).

К длинноствольному огнестрельному оружию относятся винтовки и охотничьи ружья.

В настоящее время существует еще один вид огнестрель-

ного оружия, которое можно назвать среднествольным — это различные пистолеты-пулеметы ППД, ППШ, ППС (советские), 38—40 (немецкий) и др.

Короткоствольное, среднествольное и длинноствольное огнестрельное оружие имеет в стволе так называемые нарезы, которые придают проходящей по стволу пуле вращательное движение, чем усиливается ее поступательное движение. Поэтому такое оружие именуется также нарезным в отличие от гладкоствольного, к которому относится большинство охотничьих ружей.

Наконец, в судебно-медицинской практике встречаются ранения и убийства из самодельного и испорченного оружия. Самодельное оружие изготавливается обычно из металлических трубок, прикрепляемых проволокой к самодельному деревянному ложу. Испорченное оружие представляет «обрез», т. е. винтовка, у которой для уменьшения ее размеров спилены часть ствола и приклада.

§ 2. В судебно-медицинской практике могут встретиться ранения из современного огнестрельного оружия как гражданского типа, так и принятого на вооружение нашей и иностранных армий.

Приведем важнейшие данные о наиболее распространенных у нас типах такого оружия.

Револьвер системы Нагана, кал. 7,62 мм (СССР)

Автоматический пистолет Токарева «ТТ», кал. 7,62 мм (СССР)

Автоматический пистолет Коровина «ТК», кал. 6,35 мм (СССР)

Автомат. пистолет системы Браунинга, кал. 6,65 мм, 7,65 мм и 9,0 мм (бельгийская фирма)

Автомат. пистолет системы Борхард-Люгера («Парабеллум»), кал. 9 мм (был на вооружении офицерского состава немецкой армии)

Автомат. пистолет системы Маузер, 7,63 мм (был на вооружении офицерского состава немецкой армии)

Автомат. пистолет системы Кольта, кал. 7,65 мм и 11,43 мм (американская фирма)

Автомат. пистолет системы Вальтер, кал. 7,65 мм (германская фирма)

Автомат. пистолет системы Р 38, кал. 9 мм (германская фирма)

Автомат. пистолет системы Намбу, кал. 7,65 мм (японская фирма)

Автомат. пистолет-пулемет ППД; 71-зарядный, кал. 7,62 мм (образца 1940 г.—СССР)

Автомат. пистолет-пулемет ППШ, 71-зарядный, кал. 7,62 мм (образца 1941 г.—СССР)

Автомат. пистолет-пулемет ППС, 35-зарядный, кал. 7,62 мм (образца 1943 г.—СССР)

Автомат. пистолет-пулемет 38—40, 32-зарядный, кал. 9,0 мм (немецкий)

Винтовка обр. 1891/30 г., кал. 7,62 мм (СССР)

Самозарядная винтовка обр. 1940 г., кал. 7,62 мм (СССР)

Винтовка системы Маузера, обр. 1898 г., кал. 9 мм (бывшая на вооружении немецкой армии)

§ 3. Патроны для подавляющего большинства револьверов и охотничьих ружей заряжаются черным порохом, для автоматических пистолетов, пистолетов-пулеметов и боевых винтовок — бездымным порохом. Между указанными порохами по химическому составу не имеется ничего общего.

Черный порох представляет собой механическую смесь калиевой селитры (75%), серы (10%) и угля (15%). Эта смесь состоит из зерен черного цвета, достигающих толщины в среднем до 1 мм.

При взрыве черного пороха, заключенного в патрон, образуются дульное пламя, горячие газообразные продукты, производящие динамическое действие, и твердый остаток в виде дыма (56%).

Кроме пламени, газообразных продуктов и твердого остатка при выстреле из дула огнестрельного оружия вылетают отдельные частицы несгоревших или полусгоревших пороховых зерен. В судебной медицине их принято называть **несгоревшими порошинками**.

Бездымный порох имеет ряд модификаций. Наиболее распространенным является пироксилиновый порох, изготовляемый путем обработки клетчатки (хлопка) азотной кислотой.

Бездымный порох изготавливается в виде мелких зерен, цилиндриков, пластинок и т. д. Цвет пороха желтый, темно-желтый, синий, зеленый и др. (в зависимости от фабричных примесей).

При взрыве бездымного пороха образуется гораздо меньше твердых остатков (дыма), чем от черного пороха. Бездымный порох отличается значительно более совершенным сгоранием, чем черный, и поэтому несгоревших порошинок при выстреле из оружия, заряженного бездымным порохом, бывает сравнительно немного.

Динамическая сила его газообразных продуктов, идущая на выбрасывание пули из патрона и ствола оружия, чрезвычайно сильна. Дульного пламени бездымный порох не дает. В настоящее время бездымный порох почти полностью вытеснил черный.

§ 4. Патрон включает в себя гильзу, капсюль, порох (заряд) и пулю (снаряд).

Гильза обычно бывает латунной или биметаллической. На дне ее имеется медный капсюль (пистон), в котором заключен ударный состав (гремучая ртуть и др.).

Пули (снаряды) для револьверов устаревших систем —

«Бульдог», «Смит-Вессон» и др. — изготавливаются из свинца, имеют цилиндро-коническую форму. Пули для автоматических пистолетов и винтовок состоят из свинцового ядра, покрытого оболочкой обычно из мельхиора или меди, почему и называются оболочечными. Форма пуль для большинства автоматических пистолетов — цилиндрическая, с закругленной головкой и плоским основанием. Пули для револьвера «Наган» также покрыты оболочкой, головка пули не закруглена, а имеет небольшое уплощение. Винтовочные пули остроконечны.

§ 5. При судебно-медицинском исследовании огнестрельных повреждений обычно возникает необходимость разрешения следующих вопросов:

из какого огнестрельного оружия причинено повреждение;

с какого расстояния был произведен выстрел;

каково было положение жертвы по отношению к стрелявшему в момент выстрела, причинившего повреждение;

если имеется несколько огнестрельных повреждений, то какое из них является смертельным;

род повреждения — убийство, самоубийство или несчастный случай.

Разрешение первого вопроса не представляет затруднений при слепом ранении, когда пуля застряла в теле, или при сквозном ранении, когда найдена пуля, причинившая ранение. По найденной пуле можно судить о виде, системе и калибре огнестрельного оружия. Однако могут встретиться случаи, где и обнаружение пули не дает точного представления об огнестрельном оружии, причинившем данное повреждение. Например, свинцовые пули от револьверов различных систем по наружному виду совершенно одинаковы. Однотипными являются также оболочечные пули, особенно калибра 7,65 мм, которыми заряжается большинство автоматических пистолетов различных систем («Браунинг», «Вальтер» и др.). Одинаковыми патронами калибра 7,62 мм заряжается советское оружие — пистолет «ТТ» и пистолеты-пулеметы ППД, ППС и ППС.

Далее, огнестрельное оружие определенного вида и системы может быть заряжено патронами от оружия другой системы (например, револьверы системы «Смит-Вессон», «Бульдог» и некоторые другие могут быть заряжены патронами калибра 7,65 и 9,0 мм от автоматических пистолетов).

Если ранение сквозное, т. е. имеется входное отверстие,

огнестрельный канал и выходное отверстие, и оружие не обнаружено, то разрешение вопроса об оружии значительно осложняется.

При сквозных ранениях, особенно туловища и черепа, за оружие, заряжаемое оболочечной пулей, говорит сила боя, которая нужна была для причинения сквозного ранения; такой силой боя, кроме нарезного длинноствольного оружия, обладают автоматические пистолеты среднего и крупного калибров (7,65, 9,00 и 11,43 мм).

При ранениях из револьверов старых систем («Бульдог», «Смит-Вессон» и др.), обладающих сравнительно слабой силой боя, пули очень часто застревают в теле.

Иногда стальная оболочка пули (панцырь) отделяется от свинцового ядра и разрывается в теле на несколько кусков. Нахождение частей от стальной оболочки пули указывает, как правило, на то, что ранение было нанесено огнестрельным оружием, заряжаемым оболочечными пулями.

Если труп со сквозным огнестрельным ранением найден в помещении, необходимо самым тщательным образом осмотреть пол, стены, потолок, мебель и т. д. в целях отыскания пули; иногда такие поиски отнимают очень много времени, но почти всегда кончаются успехом, если только убийство было совершено в том помещении, где был обнаружен труп.

Если при сквозном ранении возле трупа находят огнестрельное оружие, это еще не дает основания для категорического утверждения, что ранение причинено именно найденным огнестрельным оружием, до тех пор, пока не будет найдена пуля, так как при убийствах возможны случаи подбрасывания оружия не той системы, каким было произведено убийство, с целью направить розыск на ложный путь.

Меньшее значение для установления оружия имеет гильза, выбрасываемая после выстрела автоматическими пистолетами, однако находка одновременно гильзы и пули значительно облегчает определение оружия.

§ 6. Если ранение сквозное и имеется два и больше отверстий, то приходится решать вопрос о **входном и выходном отверстиях**. При наличии вокруг одного из отверстий дополнительных факторов (см. ниже) этот вопрос решается легко. При отсутствии дополнительных факторов необходимо руководствоваться следующими признаками.

Вокруг входного отверстия на теле часто замечается узенькая красная каемочка, получающаяся вследствие ушиба

кожи пулей. Эта каемочка называется **пояском осаднения**, или **контузионным кольцом**.

По краям входного отверстия на одежде и на теле часто отмечается темносероватый **поясок обтирания** — след от наслоений, бывших на поверхности пули и полученных ею при прохождении через ствол оружия (пыль, смазка, копоть, металлические частицы от ствола оружия и самой пули).

При ранении пулей с закругленной головкой входное отверстие представляется круглым, с дефектом, как бы выбитым пробойником; при ранении **остроконечной** пулей оно представляет небольшую щель.

В редких случаях **поясок осаднения** замечается и у выходного отверстия; это бывает тогда, когда кожа в области выходного отверстия в момент выхода пули из тела плотно прилегает к какому-либо твердому предмету (к стене, полу и т. п.).

Выходное отверстие при ранении **остроконечной** пулей бывает щелевидной или неправильной формы, при ранении пулей с закругленной головкой — круглой или неправильной формы. По размерам выходное отверстие мало отличается от входного.

Если пуля при прохождении через тело разрывается на несколько кусков, что иногда случается с оболочечными пулями, то выходных отверстий бывает несколько, каждое из которых образовано отдельными частицами разорвавшейся пули.

Разрыв пули на несколько кусков в большинстве случаев происходит от того, что пуля при прохождении через тело ударяется о кость, причем большей частью разрываются оболочечные пули, а свинцовые сплющиваются и тем самым резко видоизменяют свою форму. Особенно часто разрываются оболочечные пули, с верхушки которых срезана или надрезана оболочка, это так называемые пули «дум-дум».

Кроме того, существуют специальные разрывные пули с взрывчатым веществом и ударником, помещенным в полую головку пули. Такая пуля при попадании в тело причиняет значительные разрушения в тканях.

Иногда обыкновенная неразрывная пуля на своем пути через тело раздробляет какую-либо кость на несколько мелких кусочков, причем кусочки эти, устремляясь по ходу пули, прободают изнутри кожу, производя, таким образом, несколько выходных отверстий.

Входное и выходное отверстия на костях, особенно плоских (например на черепной коробке), распознаются в большинстве случаев легко. Входное отверстие на кости имеет ровные края; если пуля вошла в кость под прямым углом, отверстие бывает правильной круглой формы, по диаметру несколько меньше пули, пробившей данное отверстие.

Выходное отверстие на кости представляет воронку или усеченный конус с основанием к выходу, края отверстия скошены, неровны, нередко в области отверстия имеются мелкие костные осколки.

§ 7. При выстрелах из охотничьих ружей, заряжаемых дробью, форма и характер входного отверстия всецело зависят от расстояния, с которого был произведен выстрел. Дробинки, вылетая из дула кучно, рассеиваются по мере удаления от дула. Поэтому, если выстрел был произведен с близкого расстояния (до 0,5 м), то входное отверстие представляется одиночным, кругловатой формы, с несколько зазубренными краями. Если же выстрел произведен с большего расстояния (до 2—4 м), то наряду с одиночным круглым отверстием вокруг него на коже имеется несколько небольших круглой формы отверстий, образованных отдельными дробинками, вошедшими в тело.

§ 8. Вопрос о расстоянии, с какого был произведен выстрел, приобретает особое значение в случаях, когда необходимо выяснить, произошло ли в данном случае убийство или самоубийство, а также в делах о членовредительстве.

При выстреле из огнестрельного оружия из дула вслед за пулей вырываются пламя, пороховые газы, пороховая копоть и несгоревшие частички пороха (так называемые дополнительные факторы заряда).

Если выстрел был произведен с расстояния, в пределах которого летят пламя, газы, копоть и порошинки, то ими оставляется след на теле или на покрывающей его одежде. След этот выражается в ожоге, закопчении и внедрении порошинок вокруг входного отверстия. Выраженность этих явлений стоит в зависимости от вида, системы и калибра огнестрельного оружия.

Расстояния, с которых производится выстрел, в судебно-медицинской практике обозначаются следующими определениями.

1) Выстрел в упор. Упор может быть: а) полным, герметическим, при котором дульный срез оружия герме-

тически закрывается телом, одеждой (рис. 6); б) неполным, негерметическим, при котором между дульным срезом оружия и телом имеется небольшое свободное пространство, щель (рис. 7 и 8).

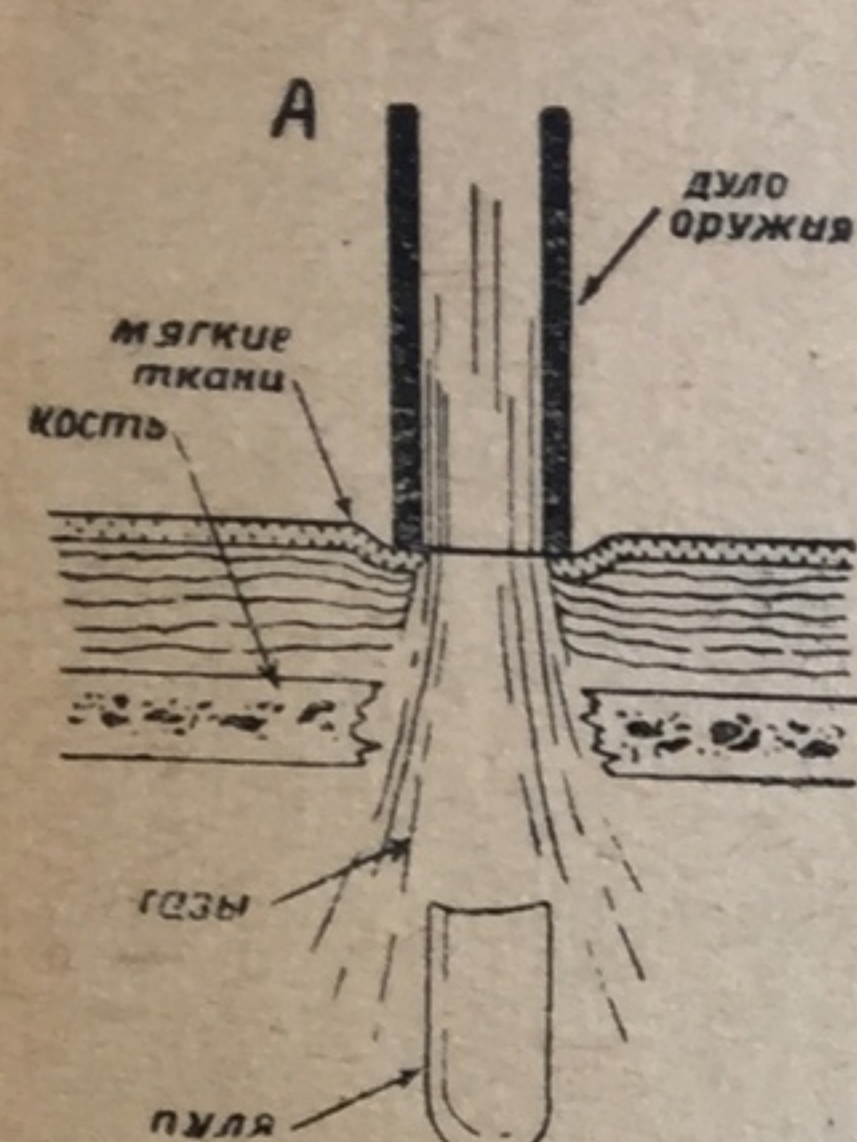


Рис. 6. Положение дула оружия при выстреле в полный (герметический) упор

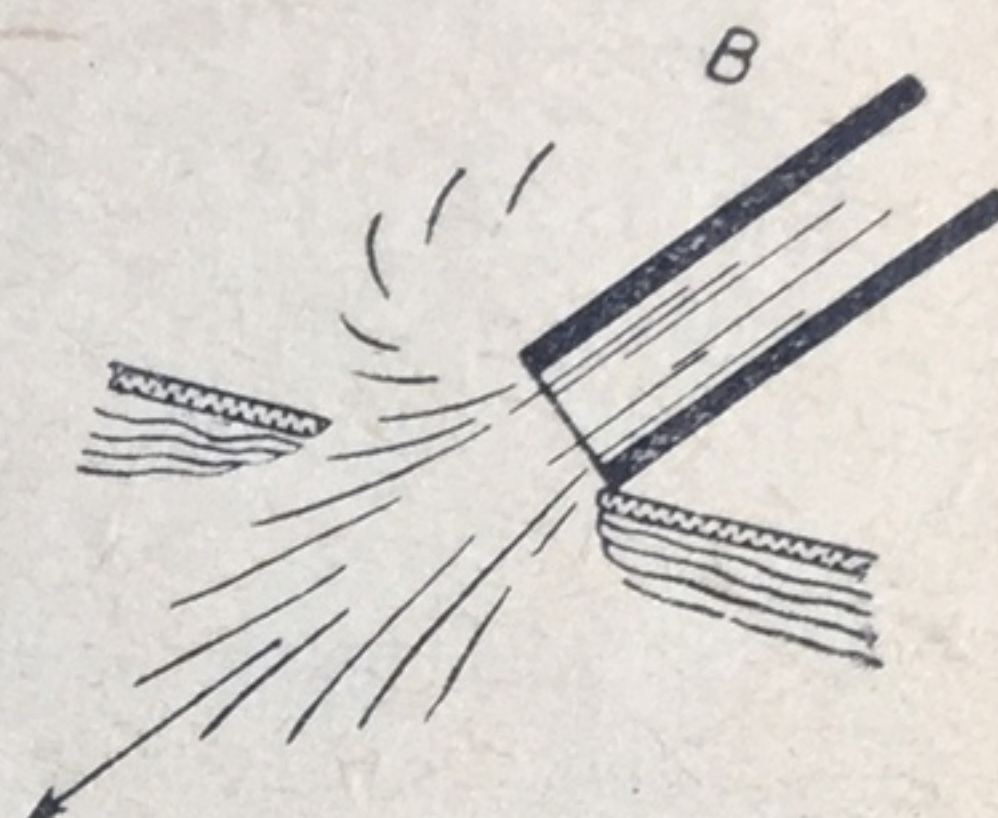
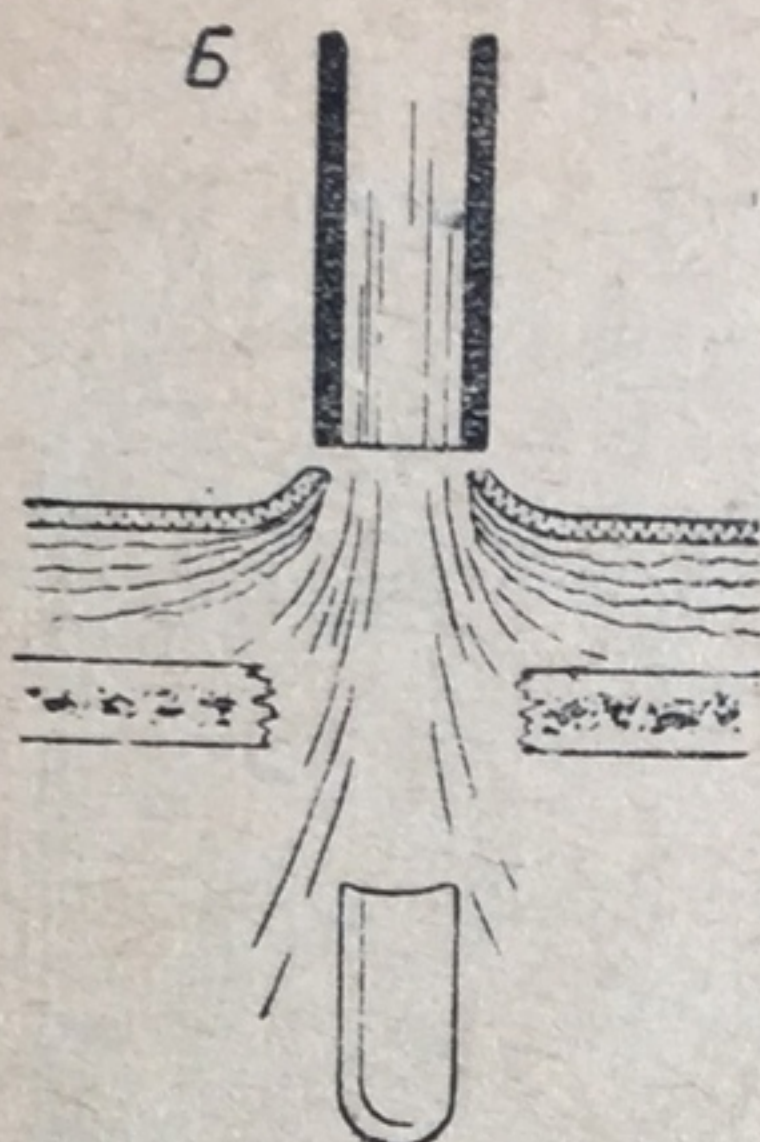


Рис. 7 и 8. Положение дула оружия при выстреле в неполный (негерметический) упор

2) Выстрел в пределах дополнительных факторов заряда — с так называемого близкого расстояния (рис. 9—11).



Рис. 9. Выстрел в пределах дополнительных факторов заряда (с 5 см). Вокруг входного отверстия густое наслоение копоти

3) Выстрел вне пределов дополнительных факторов заряда — с так называемого неблизкого расстояния.

Для многих систем огнестрельного оружия путем экспериментальной стрельбы установлены приблизительные расстояния, с которых получают ожог, копоть и внедрение порошинок вокруг входного отверстия.

Большое значение в образовании ожога, копоти и внедрения порошинок играет вид пороха. Револьверы старых



Рис. 10. Выстрел в пределах дополнительных факторов заряда (с 15 см). Вокруг входного отверстия копоть и множество внедрившихся порошинок

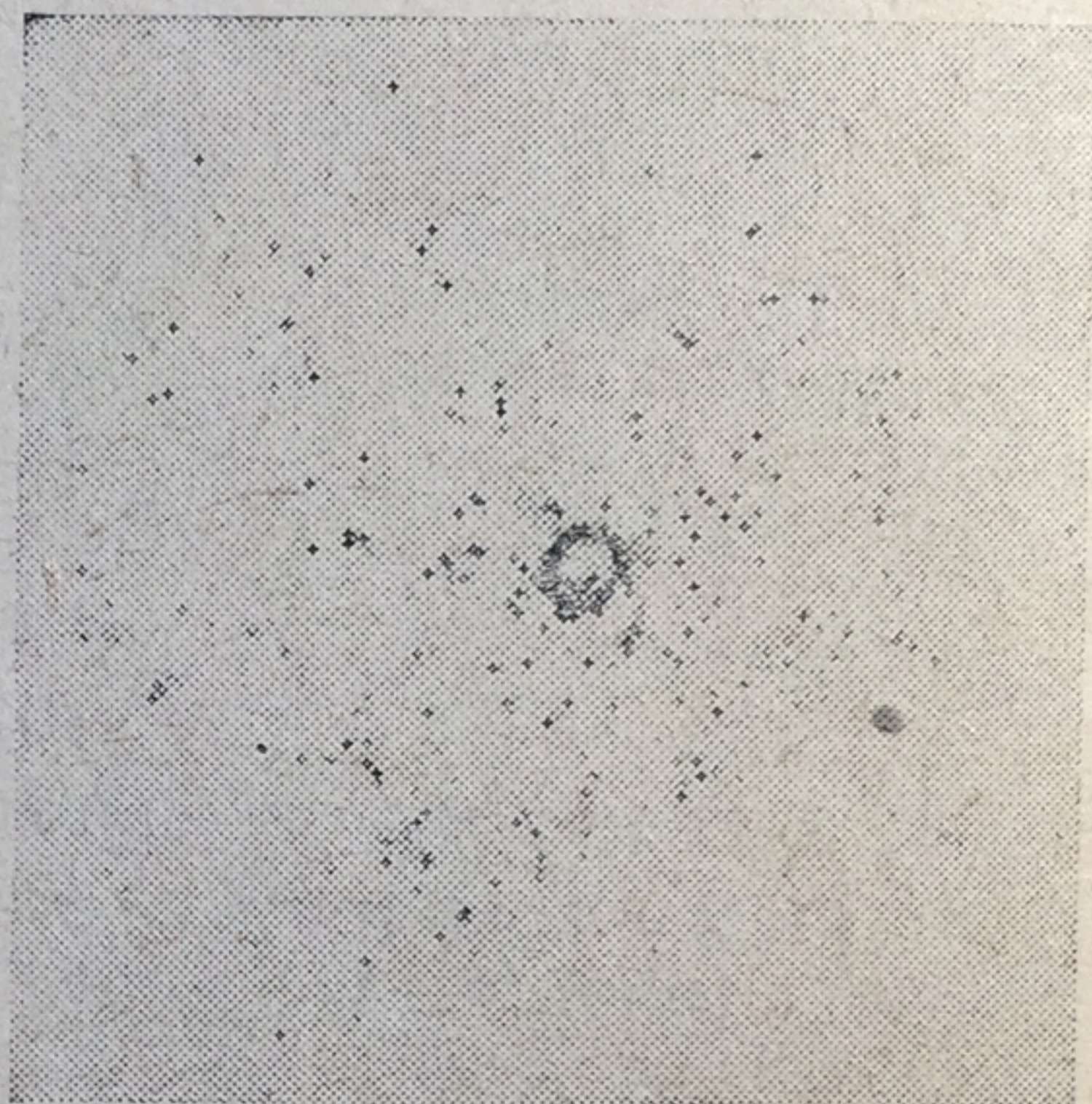


Рис. 11. Выстрел в пределах дополнительных факторов заряда (с 30 см). Вокруг входного отверстия—внедрившиеся порошинки. По краю отверстия—поясок обтирания

систем, патроны которых заряжены черным порохом, дают при выстреле в пределах дополнительных факторов заряда весьма резко выраженные явления ожога, закопчения и внедрения порошинок вокруг входного отверстия. Иногда дульное пламя от черного пороха зажигает объект (особенно бумажную ткань).

При выстрелах из современного оружия, патроны к которому заряжаются бездымным порохом, ожога кожи или опаления одежды не бывает; наблюдается лишь наслоение копоти и внедрение мелких пороховых зерен и пластинок синего, зеленого и других цветов.

Площадь, занятая вкрапленными порошинками, обычно имеет форму круга при вхождении пули в тело под прямым

углом или овала при вхождении пули в тело под острым углом. Занимаемое порошинками пространство измеряется радиусом, т. е. линией, проведенной от центра входного отверстия до крайних порошинок.

При определении расстояния, с которого произведен выстрел, термины «близкое» и «далекое» не должны применяться, так как они, завися от оружия, представляются весьма относительными.

Так как «близость» выстрела определяется наличием вокруг входного отверстия копоти и порошинок или только порошинок, то легко видеть, что, например, 40 см для «Нагана» (внедрение порошинок) является близким расстоянием, для «ТТ» — не близким, дальним, так как при выстреле из этого пистолета порошинки летят только в пределах 30 см; для винтовки обр. 1891/30 г. 50 см являются «близким» расстоянием, для большинства других систем оружия «дальним».

Поэтому вместо указанных терминов необходимо применять совершенно объективные определения: «выстрел в пределах (или вне пределов) дополнительных факторов заряда».

Если необходимо уточнить расстояние в том или ином

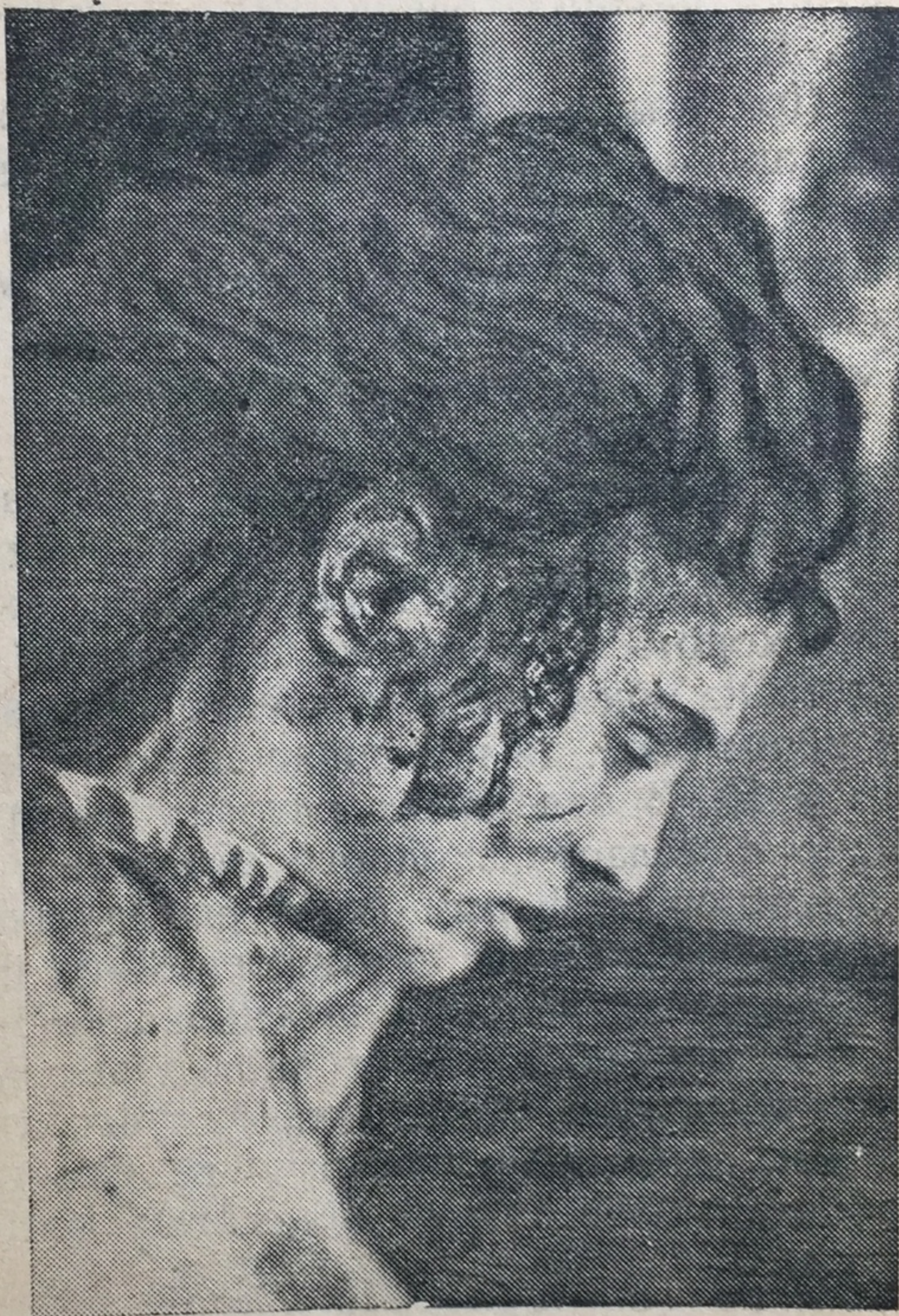


Рис. 12. Выстрел в упор (негерметический) в правый висок. Разорванное входное отверстие с дополнительными факторами в окружности (покрыты присохшей кровью)

конкретном случае огнестрельного повреждения, то для этой цели следует произвести так называемую экспериментальную стрельбу из того оружия, которое фигурирует в деле. Стрельбу, по возможности, надо производить в объект, аналогичный поврежденному, например в оголенный труп, в одежду, какая была в момент ранения на убитом, и т. д.

При полном герметическом упоре пороховая копоть и порошинки устремляются вглубь огнестрельного канала и кожа вокруг входного отверстия в этих случаях бывает чистой, пороховую же копоть и порошинки находят при вскрытии под кожей в мышечном слое, на кости и т. п. («ничего снаружи — все внутри»).

При неполном, негерметическом упоре вырывающиеся вслед за пулей газы с силой проникают в щель между дулом и телом, производя резкое механическое воздействие на кожу. Получается разорванное входное отверстие, причем копоть и внедрение порошинок бывают выражены отчасти на коже, отчасти в глубине раны — под кожей, в мышечном слое, на подлежащей кости и т. д. (рис. 12).

§ 10. В отдельных случаях выстрелов в герметический упор в области входного отверстия образуется осаднение, отражающее форму (контуры) дульного среза револьвера или среза кожуха автоматического пистолета. Такое осаднение носит название штампованной раны («штанцмарка»).

Штанцмарка бывает иногда выражена настолько четко, что позволяет определить вид огнестрельного оружия, которым было причинено ранение. Обычно же при штанцмарке обозначаются только отдельные части дульного среза или кожуха.

§ 11. При выстрелах в упор в голову и в органы, наполненные в момент выстрела жидким содержимым или газами, происходит нередко разрыв на более или менее мелкие части черепа и указанных органов. Это объясняется тем, что пуля, ударившись о череп, желудок, наполненный жидкой или полужидкой пищей, мочевой пузырь, наполненный мочой, кишки, раздутые газами, передает свою живую силу всем частицам содержимого указанных органов, вследствие чего эти частицы, устремляясь с огромной силой в стороны, разрывают орган. Так, при выстреле из винтовки или другого огнестрельного оружия сильного боя в упор в висок и другие части головы или в рот череп разлетается на мелкие куски; при попадании пули в наполненный желу-

док, мочевой пузырь или раздутый кишечник, эти органы разрываются иногда в клочья.

§ 12. Вопрос о положении пострадавшего в момент ранения приобретает значение, когда воссоздание картины убийства, ранения или членовредительского акта может помочь выявить как механизм совершения этих действий, так и сопровождавшие их обстоятельства.

Положение потерпевшего по отношению к стрелявшему определяется местоположением входного и выходного отверстий. При наличии только входного отверстия наружным осмотром возможно бывает лишь установить, что выстрел был произведен в переднюю, заднюю или боковые поверхности тела, более же точное направление выстрела в этом случае выясняется при вскрытии трупа.

При наличии входного и выходного отверстий в большинстве случаев достаточно бывает мысленно соединить оба отверстия прямой линией, чтобы составить представление о том положении, в котором потерпевший находился по отношению к стрелявшему. Надо иметь в виду, что из этого правила могут быть исключения. Например, пуля, войдя в тело и ударившись в кость, может резко изменить свое первоначальное направление или же, пробив кожу и ударившись о кость, может причинить так называемый опоясывающий огнестрельный канал под кожей. Иногда пуля скользит по ребрам и по черепной коробке, причиняя выходное отверстие, совершенно несоответствующее первоначальному направлению пули; обычно это случается при выстреле из огнестрельного оружия слабого боя.

§ 13. При нахождении трупа с огнестрельным ранением нередко приходится решать чрезвычайно важный вопрос: убийство в данном случае или самоубийство? От правильного разрешения этого вопроса зависит весь ход дальнейшего расследования. Поэтому ясно, что в каждом случае, где вопрос об убийстве и самоубийстве остается на первый взгляд неясным, необходим самый подробный и тщательный анализ всех данных, добытых как путем исследования трупа, так и обстановки, в которой он обнаружен.

Прежде всего должен быть выяснен вопрос о расстоянии, с которого был произведен выстрел. Самоубийство из огнестрельного оружия совершается обыкновенно так, что дуло оружия вплотную приставляется к поверхности тела и затем производится выстрел. При этом вокруг входного

отверстия возможны явления двух родов. Если выстрел произведен в полный (герметический) упор, то, как это было сказано выше, кожа вокруг входного отверстия будет чиста, а дополнительные факторы заряда окажутся на подлежащей кости, в глубине огнестрельного канала и т. д., что может быть установлено только при вскрытии трупа. Следовательно, чистая окружность входного отверстия ни в каком случае не говорит против самоубийства. Если дуло огнестрельного оружия приставляется к телу не вплотную (негерметический упор), то входное отверстие обычно представляется звездообразно разорванным, а дополнительные факторы заряда отмечаются как в окружности отверстия, так и под кожей в области последнего.

Выстрел в упор, особенно герметический, является характерным для самоубийства. Однако наличие только этого признака не может служить основанием для утверждения, что в данном случае имело место самоубийство. Встречаются случаи убийства, где выстрелы в жертву производятся в упор; такая возможность создается при неподвижности жертвы во время сна, бессознательного состояния и т. п.

Если на трупе с огнестрельным ранением в области входного отверстия (как на коже, так и под кожей) отсутствуют признаки дополнительных факторов заряда, то факт убийства становится почти очевидным. Трудно представить, чтобы самоубийца стрелял в себя, отдалив дуло оружия от поверхности тела на десятки сантиметров. Второе, на что нужно обратить внимание в сомнительных случаях, — это часть тела, в которую был произведен выстрел. Для случаев самоубийства характерными местами являются: правый висок, область сердца и рот, хотя иногда встречаются случаи несомненного самоубийства, когда выстрел производится в другие части тела и даже в затылок.

Если выстрел производится в область сердца, то самоубийца в большинстве случаев оголяет тело; однако встречаются случаи выстрелов и через одежду; тогда признаки близости произведенного выстрела необходимо искать на одежде. Самоубийца обычно производит в себя один выстрел, но могут встретиться случаи самоубийства и несколькими выстрелами. Всегда необходимо тщательно осмотреть кисти рук трупа, на которых в случае самоубийства могут иногда быть дополнительные факторы заряда, незначительные осаднения от деталей оружия, мелкие брызги крови и т. д.

§ 14. Выстрелы из огнестрельного оружия, заряженного холостыми патронами, т. е. без пули, но с зарядом (порох), представляют большую опасность, ввиду действия на тело, особенно при выстрелах в упор, пороховых газов, с огромной силой вырывающихся из дула оружия. Наблюдались случаи смертельного ранения при выстрелах холостыми зарядами в грудь и в голову; под влиянием динамического действия пороховых газов получались обширные кровоподтеки в мягких покровах и во внутренних органах (например, сердце), а при выстрелах в рот — размозжение лица.

§ 15. Ранения из **самодельного оружия** наблюдаются в результате несчастного случая, реже — как акт убийства или самоубийства. В качестве «ствола» в самодельном оружии применяется металлическая трубка, которую заряжают обычно черным порохом, стреляной пулей, куском свинца и т. п. В качестве воспламенителя заряда применяют пламя спички или зажженной бумаги. Выстрелы из самодельного оружия в упор и с минимальных дистанций иногда причиняют проникающие в полости ранения и заканчиваются смертью.

§ 16. В судебно-медицинской практике встречаются случаи ранения осколками случайно найденных (обычно подростками) невзорвавшихся артиллерийских снарядов. При манипуляциях с такими снарядами нередко происходит разрыв последних на множество осколков, в результате у лица, манипулировавшего со снарядом, получают тяжкие повреждения в виде отрывов частей верхних конечностей, обнажения стенки живота с выпадением внутренностей, размозжения черепа и т. д.

§ 17. Смерть при огнестрельных повреждениях наступает обычно от ранения важных для жизни органов — головного мозга, сердца, легких или же от обильного наружного или внутреннего кровоизлияния, как следствия ранения крупных кровеносных сосудов, печени, селезенки и др.

Надо иметь в виду, что при огнестрельном повреждении головного мозга или сердца смерть не всегда наступает моментально. Имеется много случаев, когда тяжело раненные в головной мозг или сердце жили некоторое время, совершали различные действия и не теряли ориентировки в окружающем.

ГЛАВА VI

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

§ 1. Повреждения головы встречаются в судебно-медицинской практике весьма часто. Различают повреждения черепа и повреждения лица.

При воздействии на черепную коробку тупых, тупопраных, рубящих, огнестрельных и других орудий могут повреждаться как мягкие покровы, так и кости черепа и головной мозг. Тяжесть повреждения головы обуславливается главным образом повреждением головного мозга.

При ударах тупым орудием по голове или при ударе головой о тупой предмет, например, при падении, может наступить без наличия внешних повреждений так называемое сотрясение мозга; иногда оно наступает при падении с высоты на любую часть тела (ягодицы, ноги).

Сущность сотрясения мозга состоит в остром расстройстве кровообращения мозга и в нарушении распределения спинно-мозговой жидкости. Кроме того, ввиду подвижности мозга в черепной коробке, под влиянием сильного удара по голове происходит ушиб основания и других отделов мозга о кости черепа.

При сотрясении мозга тотчас вслед за ударом по голове наступает потеря сознания. При тяжелых формах сотрясения мозга смерть наступает мгновенно. В легких случаях, оканчивающихся выздоровлением, потеря сознания может длиться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней.

После прояснения сознания часто наступает потеря памяти на события, предшествовавшие получению удара.

Удар по голове тупым орудием вызывает иногда разрыв кровеносного сосуда оболочек мозга, причем особых внешних повреждений на голове может и не быть. Кровь из поврежденного сосуда постепенно вытекает в полость черепа и, скопясь здесь, вызывает сдавление мозга—чрезвычайно опасное, часто кончающееся смертью состояние.

Потере сознания при сдавлении мозга часто предшествуют головная боль, рвота, беспокойство, расстройство зрения и пр. Иногда сдавление мозга сочетается с его сотрясением, что, конечно, усугубляет тяжесть повреждения. Удары тупым предметом по голове или удар головой о тупой предмет может вызвать ушиб мозга с кровоизлиянием в вещество мозга и явлениями так называемого выпадения, т. е. паралича (например, руки, ноги, потери речи и т. п.) временного или стойкого характера.

Мозг нередко ушибается не в месте применения силы, а на противоположной стороне (так называемая контузия от противоудара).

Сотрясение, сдавление и ушиб мозга чаще всего являются результатом воздействия на голову тупого твердого предмета при умышленном убийстве, драках, падении с высоты и попадании под транспортные средства. Мягкие покровы головы нередко при этом остаются целыми, но часто можно обнаружить у потерпевших кровоподтечную припухлость на голове, а при вскрытии мертвых тел — более или менее обширное кровоизлияние на внутренней поверхности мягких покровов головы.

Удары тупым предметом могут причинить ушибленные раны, захватывающие всю толщу мягких тканей свода черепа, причем эти раны имеют часто линейную форму и по внешнему виду похожи на резаные или рубленые. Обуславливается это тем, что мягкие ткани головы тесно соединены с сухожильной оболочкой, натянутой на черепной коробке, так называемым головным шлемом, который при повреждении как бы трескается с образованием щелевидных ран. При тщательном рассмотрении таких ушибленных ран можно обнаружить между краями уцелевшие волокна в виде тонких перемычек, чего никогда не бывает при резаных или колото-резаных ранах.

Наконец, самым серьезным повреждением головы являются трещины и переломы черепа на его своде и на основании. Трещины и переломы образуются от сильных ударов по голове тупым предметом, при огнестрельных повреждениях черепа, при сдавлении черепа колесами транспортного средства, при падении с высоты и т. п.

Если на череп действует орудие с ограниченной поверхностью (например, молоток), то образуются так называемые дырчатые переломы, в той или иной степени отражающие форму ударяющей поверхности орудия. Переломы или про-

ломы черепной коробки часто сочетаются с круговыми (концентрическими) или линейными (радиальными) трещинами. Линейные трещины отходят от края пролома в разных направлениях, причем трещины со свода черепа могут переходить на основание.

При действии на череп предмета с широкой поверхностью, при падении с высоты вниз головой, при сдавлении черепа, например колесами автомашины, обычно образуются многочисленные сквозные трещины черепа как на своде, так и на основании. В этих случаях череп нередко трескается на отдельные осколки разнообразной величины и формы (так называемый оскольчатый перелом черепа).

Как правило, при проломах черепа повреждаются оболочки мозга и часто самый головной мозг, что ведет к тяжелым, обычно смертельным, осложнениям в виде гнойного воспаления оболочек и вещества мозга.

В подавляющем большинстве случаев обширные растрескивания черепа при его сдавлении, а также вдавленные глубоко в полость черепа проломы, приводят к смерти на месте получения повреждений.

§ 2. Повреждения лица могут ограничиваться мягкими тканями, но нередко повреждаются также и кости лицевого скелета. Из повреждений лица необходимо специально отметить повреждения глаз, носа, ушных раковин и зубов. Все эти органы могут повреждаться различными орудиями при одновременном нанесении ран в голову и другие части тела, однако в судебно-медицинской практике встречаются случаи, где агрессивные действия направляются специально на лицевую часть головы. Сюда относятся: откусывание носа, отрезание ушных раковин, ожоги едкими веществами, выкалывание глаз, выбитие зубов.

Откусывание носа наблюдается при бытовых драках, особенно в пьяном виде, и на почве полового извращения (садизма).

Ожоги глаз наблюдаются при обливании лица едкими веществами (например, серной кислотой, обычно на почве ревности, из мести). Такие ожоги лица приводят нередко пострадавших к полной слепоте и резкому обезображению лица, вследствие образования неизгладимых стягивающих рубцов.

Отрезание ушных раковин и выкалывание глаз, как прижизненные повреждения, встречаются весьма редко и обычно практикуется преступниками при расчленении трупа с

целью затруднить опознание убитого. С этой же целью преступники удаляют или ломают у трупа зубы.

§ 3. Повреждение шеи представляется особенно опасным ввиду возможности ранения находящихся в шее крупных кровеносных сосудов (сонных артерий и яремных вен), гортани, дыхательного горла, пищевода и шейных позвонков.

Особенно необходимо упомянуть о повреждении гортани и позвоночника.

Сильный удар или сжатие гортани может привести к смерти от шока (резкого угнетения нервной системы) ввиду особой чувствительности многочисленных нервов, заложенных в области гортани. Возможен также перелом хрящей гортани, что вызывает острый отек слизистой гортани с закрытием голосовой щели. Если в этих случаях не будет оказана немедленная хирургическая помощь, пострадавший погибает от асфиксии. При падении головой вниз и ударе головой о твердый предмет наблюдаются, наряду с другими повреждениями, переломы шейных позвонков. Такие переломы могут быть и изолированными (например при прыжке головой вниз с трамплина в воду в мелком месте и ударе головой о дно водоема). Повреждение это приводит в большинстве случаев к мгновенной смерти вследствие размятия спинного мозга; реже, смерти предшествует паралич верхних конечностей.

О резаных ранах шеи говорилось выше. Необходимо знать, что при ранениях венозных кровеносных сосудов шеи, даже сравнительно незначительных, например при небольших колото-резаных ранах, смерть может наступить мгновенно вследствие попадания воздуха в вену и засасывания его в сердце (так называемая воздушная эмболия сердца).

§ 4. Повреждения груди. Весьма частым повреждением грудной клетки являются переломы ребер, наблюдающиеся при переезде через грудь транспортного средства, при падении с высоты, при сдавлении грудной клетки твердыми телами, например, при обвале здания, земли и пр., при сильном ударе в грудь твердым предметом.

Сравнительно часто, иногда при незначительном внешнем воздействии, переломы ребер происходят у стариков, наоборот, гораздо реже у детей, ребра которых отличаются большей упругостью. Наблюдались случаи, когда при воздействии на грудь ребенка тяжелого предмета, например,

при переезде легкой автомашины, ребра оставались целыми при разрывах внутренних органов.

Опасность перелома ребер зависит от количества поврежденных ребер и от характера перелома.

Множественные переломы ребер (иногда, кроме того, с несколькими переломами на одном ребре) делают невозможными дыхательные движения грудной клетки и смерть в таких случаях наступает от асфиксии.

Концы переломанных ребер могут повреждать сердце, легкие и крупные сосуды, находящиеся в грудной клетке, что обычно ведет к смерти от остановки сердца или внутреннего кровоизлияния.

При падении с высоты и при переезде через грудную клетку транспортного средства нередко происходят разрывы и даже отрывы сердца и легких с значительными их перемещениями.

При повреждениях, проникающих в грудную полость (колотых, колото-резаных, огнестрельных), крайнюю опасность для жизни представляют ранения сердца и легких. Ранения сердца могут привести к мгновенной смерти вследствие повреждения особо важных его отделов (например межжелудочковой перегородки) или от значительных разрушений — вскрытия обоих предсердий и желудочков колото-режущим орудием, разможжения сердца при выстреле в упор в грудь из боевой винтовки и т. д. Однако в практике зарегистрировано много случаев, когда при огнестрельных и колото-резаных ранениях сердца пострадавшие не теряли сознания, не падали, продолжали идти, бежать и совершать те или иные действия. Это явление объясняется тем, что при ранениях сердца наступление смерти зависит не только от характера ранения, но и от степени сдавления сердца кровью, излившейся в сердечную сумку. Если кровотечение происходит медленно или если при сравнительно сильном кровотечении кровь не скопляется в сердечной сумке, а через раневое отверстие в последней изливается в плевральную полость, сердце продолжает сокращаться, а раненый, не теряя сознания и сил, может действовать и двигаться. При своевременной хирургической помощи в ряде случаев раненые в сердце могут быть спасены.

При быстром скоплении крови в сердечной сорочке сердце сдавливается излившейся кровью, сердцебиения ослабляются и прекращаются.

Чрезвычайно опасными и почти всегда приводящими к

мгновенной потере сознания и быстрой смерти являются ранения грудной части аорты — самого крупного кровеносного сосуда. В этих случаях наступает, как правило, быстрое и резкое, обычно смертельное, обескровливание головного мозга.

При ранениях легких опасность для жизни обуславливается степенью кровотечения из поврежденных легочных сосудов; кроме того, вследствие поступления в плевральную полость воздуха из раненого легкого или извне через раневое отверстие, легкие спадаются и прекращают свою функцию. При сильном кровотечении из ткани легкого и при быстром поступлении воздуха в плевральную полость (так называемый пневмоторакс) смерть обычно наступает в первые минуты после получения повреждения.

§ 5. Повреждения живота также нередко являются предметом судебно-медицинского исследования. Тяжкие смертельные повреждения живота обычно причиняются транспортными средствами, под воздействием которых наблюдаются разрывы и размозжения внутренних органов, иногда с обнажением брюшной стенки. При падениях с большой высоты наблюдаются смертельные разрывы органов брюшной полости — печени, селезенки, почек и др.

Сильный удар тупым предметом в живот, а также ранения, проникающие в полость живота, нередко вызывают шок со смертельным исходом.

§ 6. Повреждение половых органов. У лиц женского пола повреждения половых органов связаны в большинстве случаев с половым актом. О повреждениях девственной плевы будет сказано в главе об изнасиловании. Здесь необходимо упомянуть о разрывах влагалища и промежности, наблюдающихся при изнасиловании взрослыми мужчинами малолетних девочек, а также о повреждениях влагалища и матки у взрослых женщин при производстве преступного аборта механическими средствами.

Указанные повреждения ведут к тяжелым последствиям (воспалительным процессам, рубцовому стяжению влагалища и т. д.), а нередко — к смерти от кровотечения или острого воспаления брюшины.

Изолированные повреждения половых органов у мужчин встречаются редко. В практике иногда наблюдаются случаи отрезания острорежущим орудием (обычно бритвой) полового члена у мужчин женщинами на почве ревности или мщения. Эти повреждения сопровождаются очень сильным

кровотечением и требуют экстренной хирургической помощи. Сильный удар тупым предметом по яичкам или сильное сжатие их может вызвать тяжелое шоковое состояние.

§ 7. Повреждения конечностей — рук, ног — встречаются в судебно-медицинской практике весьма часто: ссадины, кровоподтеки и кожные раны на руках являются обычными повреждениями при самозащите от нападения.

Закрытые и открытые переломы верхних и нижних конечностей наблюдаются при попадании под транспортное средство, при падении с высоты и насилиях, направленных на конечности (огнестрельные, рубленые ранения и пр.).

Переломы костей конечностей надолго лишают пострадавших трудоспособности, а иногда приводят и к инвалидности (укорочению конечностей, ограничению движений и пр.). Для сращения концов переломленной плечевой кости даже в неосложненных случаях требуется 6 недель, костей голени — 8 недель и т. д.

§ 8. Повреждения позвоночника — встречаются в судебно-медицинской практике почти исключительно в связи с переездом через тело транспортного средства и падением с высоты. По сравнению с другими повреждениями переломы и вывихи позвоночника встречаются редко.

Опасность этих повреждений заключается в возможности нарушения целостности или сжатия спинного мозга смещенными или переломленными позвонками, а также излившейся в спинно-мозговой канал кровью. В зависимости от местоположения повреждения позвоночника развиваются различные болезненные явления: повреждения и сжатие шейной части спинного мозга чрезвычайно опасно для жизни ввиду близкого нахождения продолговатого мозга, где заложены жизненно важные центры; повреждения грудной и поясничной части спинного мозга приводят к расстройству функций дыхания, мочеотделения, к параличам конечностей и т. д.

В подавляющем большинстве случаев переломы позвоночника сопровождаются нарушением целостности спинного мозга и кончаются смертью.

§ 9. В 1928 г. Наркомздравом совместно с Наркомюстом РСФСР были изданы **Правила для составления заключения о тяжести повреждений.**

В Правилах приводится классификация повреждений по принципу, принятому в Уголовном кодексе, разъясняются

и определяются отдельные виды повреждений с общемедицинской и судебно-медицинской точек зрения и даются указания, чем должен руководствоваться эксперт при оценке тяжести того или иного повреждения.

Правила дают также определение понятий смертельных, тяжких и легких повреждений.

Смертельными повреждениями признаются только такие, которые стоят в причинной связи со смертью, причем безразлично, вызвало ли повреждение смерть непосредственно или посредственно. Смертельные повреждения делятся на безусловно-смертельные и условно или случайно-смертельные.

Безусловно-смертельными повреждениями называются такие, которые всегда и у всех людей оканчиваются смертью (разрыв сердца, разрушение продолговатого мозга и др.).

Прочие повреждения, приведшие к смерти, признаются условно или случайно-смертельными. К ним относятся:

а) повреждения, вызвавшие смерть вследствие индивидуальных особенностей организма и бывших до повреждения болезненных состояний; например, легкий толчок в грудь вызвал разрыв существовавшей аневризмы (болезненного расширения) аорты;

б) повреждения, приведшие к смерти пострадавшего вследствие случайных внешних обстоятельств, при которых произошло повреждение; например, получивший перелом в зимнее время и не бывший в состоянии дойти до своего дома, умер от охлаждения. Случайной причиной, вызвавшей смерть, следует считать также инфекцию раны и вызванные ею септические процессы (заражение крови).

§ 10. Согласно Правилам для составления заключения о тяжести повреждений эксперт при исследовании повреждений на трупе должен разрешить следующие вопросы:

а) было ли повреждение безусловно или случайно (условно)-смертельным;

б) какое именно из повреждений, если их несколько, было причиной смерти;

в) какова ближайшая причина смерти;

г) какое из повреждений, если их несколько, нанесено раньше других;

д) если ни одно из повреждений не могло само по себе причинить смерть, то не вызвана ли она совокупностью повреждений;

е) было ли повреждение причиной смерти и не произошло ли оно случайно во время агонии перед наступлением смерти от других причин или даже после смерти.

§ 11. Причины смерти при повреждениях. Ближайшими причинами смерти при повреждениях, причиняемых механическими факторами, могут быть:

1) Уничтожение или грубое повреждение безусловно необходимых для жизни органов, например сердца, головного мозга, легких; раздробление туловища.

2) Механические расстройства функций важных для жизни органов, например, сдавление головного мозга или сердца кровью, многочисленные переломы ребер, приводящие к асфиксии, заполнение дыхательного горла и бронхов кровью, излившейся из резаных и других ран на шее, вследствие чего также наступает асфиксия.

3) Кровотечение наружу или в полости. При резаных и других ранах головы, лица, шеи и конечностей кровь обильно вытекает наружу из сосудов — артерий и вен. При проникающих в полость колото-резаных, огнестрельных ранениях, при разрыве внутренних органов от воздействия на тело тяжелых тупых предметов, а также падении с высоты, происходит внутреннее кровоизлияние. В этих случаях кровь скопляется в грудной или брюшной полостях иногда в огромных количествах. Смерть наступает при потере половины количества всей крови (у взрослого человека количество крови составляет в среднем 5 литров).

4) Шок, который характеризуется резким угнетением нервной системы, сопровождающимся падением сердечной деятельности. Шок вызывается тяжелым повреждением головы, груди, живота, таза, конечностей и пр., причем на теле может не быть заметных повреждений.

При вскрытии трупа лица, погибшего от шока, при отсутствии видимых повреждений, каких-либо характерных изменений во внутренних органах не обнаруживается.

5) Присоединившиеся к повреждению осложнения и заболевания. Даже через незначительное повреждение на коже в организм могут проникнуть микробы, вызывающие столбняк, заражение крови и пр. В поврежденных органах могут образоваться гнойные нарывы, воспалительные процессы.

Повреждения некоторых органов могут привести к нарушению выделительных и отделительных процессов. Например, ранение печени иногда осложняется тем, что желчь начинает поступать в кровь и отравляет организм, ранения

почек приводят к так называемой уремии, т. е. отравлению организма продуктами распада тканей, содержащимися в моче, и т. д.

§ 12. Эксперт обязан также определить тяжесть повреждения согласно принятой в Уголовном кодексе классификации. В УК РСФСР (ст. ст. 142 и 143) телесные повреждения разделяются на тяжкие и легкие, не опасные для жизни.

К **тяжким** повреждениям (ст. 142) относятся такие, которые по характеру своему опасны для жизни или повлекли за собой потерю зрения, слуха, языка, руки, ноги, производительной способности, неизгладимое обезображение лица, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное с потерей трудоспособности не ниже $\frac{1}{3}$.

Под потерей зрения и слуха понимается не только полная и неизлечимая слепота или глухота, но и такое состояние, когда потерпевший не может различить очертания близких предметов или не может слышать громкой речи на очень близком расстоянии.

Под потерей языка нужно разуметь неизлечимую потерю способности речи.

К потере руки или ноги относятся случаи как совершенного отсечения этих органов от тела, так и приведения их в состояние, при котором они не могут действовать.

К потере производительной способности должны относиться как потеря способности к совокуплению, так и потеря способности к оплодотворению, зачатию или рождению.

При разрешении вопроса, имеется ли в данном случае неизгладимое обезображение лица, задача эксперта заключается лишь в том, чтобы выяснить, излечимо или поправимо ли повреждение, обуславливающее обезображение лица. Вопрос о том, в какой мере повреждение обезображивает лицо данного субъекта, решает суд.

К **легким** телесным повреждениям (ст. 143), не опасным для жизни, но причинившим расстройство здоровья, следует отнести такие, которые повлекли за собой постоянную утрату трудоспособности менее $\frac{1}{3}$, или длительное нарушение функции какого-нибудь органа, или какое-либо незначительное скоропроходящее заболевание.

«Побои», «истязания», «мучения», упоминаемые в УК, не составляют особого вида повреждений, но определяют только их происхождение или способ нанесения. Под «побоями» понимают непосредственные неоднократные удары,

под «истязанием» — длительные действия, рассчитанные на причинение особенной боли, «мучениями» называют действия, причиняющие жертве страдания путем лишения пищи, питья, тепла, свободы, способом, опасным для жизни и здоровья, и т. п.

Кроме тяжести повреждения эксперт должен определить:

- а) характер повреждения с медицинской точки зрения (рана, ушиб, перелом и т. д.);
- б) время нанесения повреждения;
- в) течение процесса заживления;
- г) излечимость повреждения и обычный исход его;
- д) конституцию данного организма и его индивидуальные свойства;
- е) степень потери свидетельствуемым трудоспособности, с учетом его профессиональных особенностей.

§ 13. В судебно-медицинской практике приходится производить освидетельствование лиц, подозреваемых в нанесении себе тех или иных повреждений с целью, например, освободиться от несения военной службы, от трудовой повинности, получить пенсию по увечью и т. д.

Судебно-медицинское освидетельствование подозреваемого в членовредительстве сводится к установлению характера имеющегося повреждения и отдельных объективных признаков, подтверждающих или опровергающих показания подозреваемого.

При расследовании самоповреждений, причиненных огнестрельным оружием, большое значение имеет установление дистанции выстрела. Нередко это представляет серьезные трудности, так как обычно членовредители принимают все меры предосторожности для того, чтобы сделать определение дистанции выстрела невозможным. Перед выстрелом, например, в руку или ногу, конечность обвертывается толстым слоем тряпок, между телом и дульным срезом помещаются различные предметы и т. д. Эти предметы поглощают пороховую копоть, несгоревшие порошинки, что лишает экспертов возможности высказаться о выстреле в полный (герметический) или неполный (негерметический) упор, а также о выстреле в пределах дополнительных факторов заряда, т. е. с расстояний, характерных для самоповреждений из огнестрельного оружия.

Конечно, в случаях, когда подозреваемый сам показывает близкую дистанцию (при выдвигаемой версии о слу-

чайном ранении), наличие дополнительных факторов заряда в окружности входного огнестрельного отверстия не имеет значения при решении вопроса о членовредительстве. Однако в этих случаях характер повреждения мягких тканей и костей (например ладони, пальцев) дает иногда возможность уточнить дистанцию, высказаться о степени упора. Это уточнение может опровергнуть показания подозреваемого. Например, при показании подозреваемого, что выстрел был произведен с расстояния в несколько сантиметров, устанавливаются разрывы тканей, характерные для выстрела в упор.

При самоповреждениях рубящим орудием чаще всего наблюдается нанесение ранений пальцам левой кисти, а нередко и полное отсечение одного или нескольких пальцев. Самоповреждение в этих случаях наносится без свидетелей и членовредитель обычно приводит версию несчастного случая.

При расследовании дел о таких повреждениях большое значение для изобличения членовредителя имеет наличие на пальцах, помимо основного ранения, кожных насечек и неглубоких ран, свидетельствующих о неоднократности ударов рубящим орудием, в качестве которого очень часто фигурирует топор. Большое изобличающее значение имеет также направление удара. Например, удар топором по ладонной поверхности кисти с отсечением пальца или пальцев обычно является очень убедительным свидетельством членовредительского акта.

Реже встречаются повреждения стопы. В большинстве этих случаев удар наносится по обутрой ноге. Поэтому крайне важно тщательно исследовать не только ранение, но и поврежденную обувь, на которой, например, могут оказаться предварительные «насечки», свидетельствующие о членовредительстве.

ГЛАВА VII

СМЕРТЬ ОТ ЗАДУШЕНИЯ (АСФИКСИЯ)

§ 1. Термин «асфиксия» охватывает все виды смерти от задушения, вследствие лишения организма кислорода, независимо от производящей причины (болезнь, отравление, сдавление шеи и т. д.). В судебно-медицинской практике подлежит исследованию преимущественно механическая асфиксия, к которой относятся: 1) повешение, 2) удавление петлей, 3) удавление руками, 4) закрытие дыхательных отверстий и путей инородными телами (твердыми, сыпучими, жидкими) и 5) сдавление грудной клетки. К асфиксии относится также утопление. Характер прижизненных явлений при асфиксии зависит от причин и механизма задушения, а также от индивидуальных особенностей организма. Однако для всех случаев асфиксии характерны с теми или иными вариациями следующие четыре стадии: 1) задержка дыхания, 2) резкие вдыхательные движения, сменяющиеся вскоре также резкими выдыхательными движениями, 3) пауза и 4) так называемые терминальные движения в виде редких вдыхательных движений, после которых дыхание окончательно останавливается. Все четыре стадии укладываются в 5—6 минут. Сердце после прекращения дыхания еще бьется несколько минут. Смерть после полного прекращения доступа воздуха в легкие наступает через 5—10 минут.

§ 2. Повешение в подавляющем большинстве случаев является следствием самоубийства. Это можно объяснить общедоступностью средств для осуществления повешения (первая попавшаяся веревка, ремень, полотенце и пр.), бесшумностью его, быть может, знанием многими, что повешение безболезненно. Напротив, убийство посредством повешения взрослого человека представляет большие трудности, ввиду естественного в таких случаях сильного сопротивления жертвы, почему убийцы почти никогда и не прибегают к этому способу. Правда, нельзя исключить воз-

возможности повешения человека, находящегося в бессознательном состоянии, в состоянии глубокого опьянения и т. п. В таких крайне редких случаях выяснению истины могут помочь изучение обстановки, при которой обнаружен был труп, и ряд других обстоятельств следственного порядка.

Повешение осуществляется обыкновенно таким образом, что петля, наложенная на шею и прикрепленная одним концом к какому-либо предмету — к крючку на потолке, к различным перекладинам, к спинке кровати и т. п. — затягивается тяжестью тела повесившегося. Петля, стягивая шею, производит закрытие просвета дыхательного горла и доступ воздуха в легкие прекращается.

Удавливающий предмет, которым чаще всего бывает веревка, сильно стягивая шею, оставляет на ней след в виде более или менее глубокого жолоба, так называемую странгуляционную борозду.

При повешении петля располагается обыкновенно таким образом, что, охватывая шею спереди, она позади ушей восходит кверху, к затылку, где и находится узел петли. Это — типическое положение петли. Однако узел может располагаться спереди под подбородком и на боковых поверхностях шеи (атипическое положение петли). Голова при повешении наклонена в сторону, противоположную месту нахождения узла, т. е. при положении узла на затылке, голова наклонена кпереди и книзу, при положении узла слева — голова наклонена вправо и т. д. (рис. 13).

Соответственно петле располагается и странгуляционная борозда. Ее ширина и глубина зависят от свойства



Рис. 13. Двойное самоубийство через повешение. Скользящая петля. У мужчины — типическое, заднее положение петли, у женщины — атипическое, переднее положение петли

материала, из которого сделана петля (проволока, веревка, полотенце, шарф и т. д.) и степени затяжения шеи.

Нередко труп не висит свободно на веревке или на другом удавляющем предмете, а ноги его касаются пола или он стоит на коленях и т. п. Это обстоятельство обычно сильно



Рис. 14. Скользящая петля из веревки (самоповешение)

смущает несведущих лиц — им кажется, что достаточно было бы повесившемуся встать на ноги, чтобы наступило спасение. Между тем, чтобы при повешении наступила смерть, вовсе не обязательно, чтобы труп висел в петле свободно, т. е. не касаясь какого-либо предмета ногами. Как только петля сдавливает нервно-сосудистый пучок (яремные вены, сонные артерии, блуждающий нерв), расположенный по обеим сторонам шеи, сознание тотчас же теряется и тело повесившегося фиксируется в определенном положении. Для сдавливания же указанного пучка достаточно тяжести только туловища; таким

образом, повеситься можно стоя, сидя и даже лежа, вследствие почти мгновенной потери сознания. Самоспасение при повешении невозможно, и не описано ни одного случая, когда человек, наложивший на себя петлю и стянувший ее с достаточной силой, сам освободился бы из этой петли.

§ 3. Удушение петлей бывает обыкновенно следствием убийства, хотя иногда, чрезвычайно редко, встречается и самоубийство этим способом. Убийство посредством удушения петлей осуществляется таким образом, что петля, сделанная из веревки, шарфа и т. п., накидывается на шею

жертвы и затем с силой затягивается руками убийцы. Обычно при этом жертву сваливают на пол, упираются коленями в ее грудь или спину. Петля обычно завязывается узлом, причем местоположение узла может быть различным. Форма петли и узла может иногда указывать на профессию убийцы, почему крайне необходимо при осмотре трупа удушенного тщательное описание формы петли и узла. По возможности узел должен быть сохранен в неприкосновенности, что достигается во время исследования трупа в морге не развязыванием узла, а разрезанием петли на стороне противоположной узлу.

§ 4. Различают много форм петель и узлов: скользящая, фиксированная, морская петля, корабельный, рыбацкий, крестьянский узел и т. п.

При повешении чаще всего встречаются скользящая и фиксированная петли. Для скользящей петли веревка или другой подобный предмет складывается вдвое и свободные концы продеваются в образовавшуюся петлю, или же на одном конце удавляющего предмета устраивается небольшая петелька, в которую продевается свободный конец. Скользящая петля обычно стягивает шею очень сильно (рис. 14). Фиксированная петля делается, например, из застегнутого ремня, крепко завязанной веревки и т. п. Такая петля сохраняет свою окружность, она не скользит при стягивании и потому сдавливает шею преимущественно со стороны противоположной узлу (рис. 15).

При удушении применяются разнообразные петли, причем нередко удавляющий предмет обвивается вокруг шеи несколько раз.

При осмотре удавляющего предмета необходимо уста-

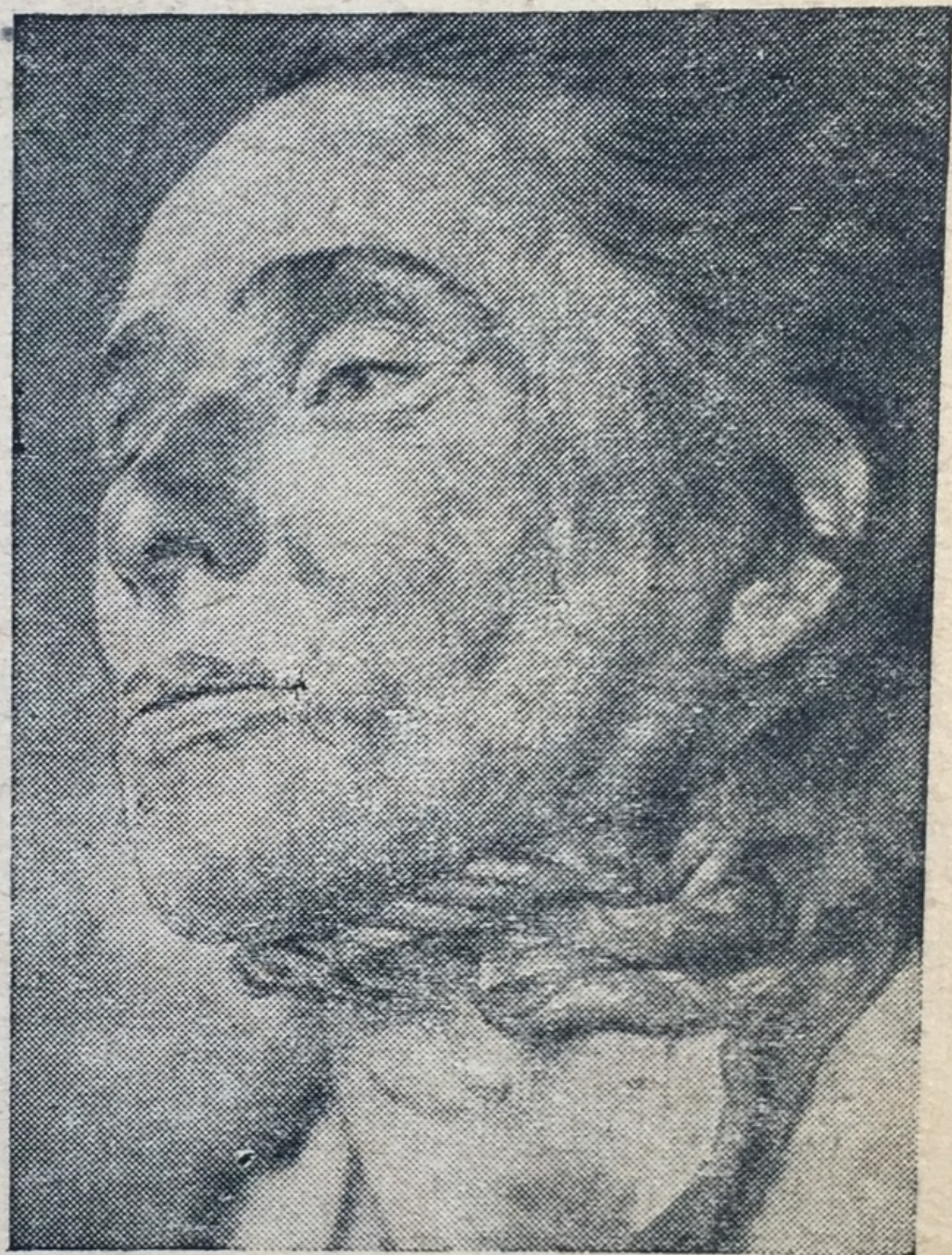


Рис. 15. Фиксированная петля (самоповешение)

новить, не имеется ли на нем каких-либо меток, инициалов, рисунков и т. д., которые могут в дальнейшем помочь обнаружению преступника.

Петля при удавлении располагается обыкновенно вокруг шеи в горизонтальном, поперечном направлении, равномерно стягивая шею со всех сторон (рис. 16). Такое же

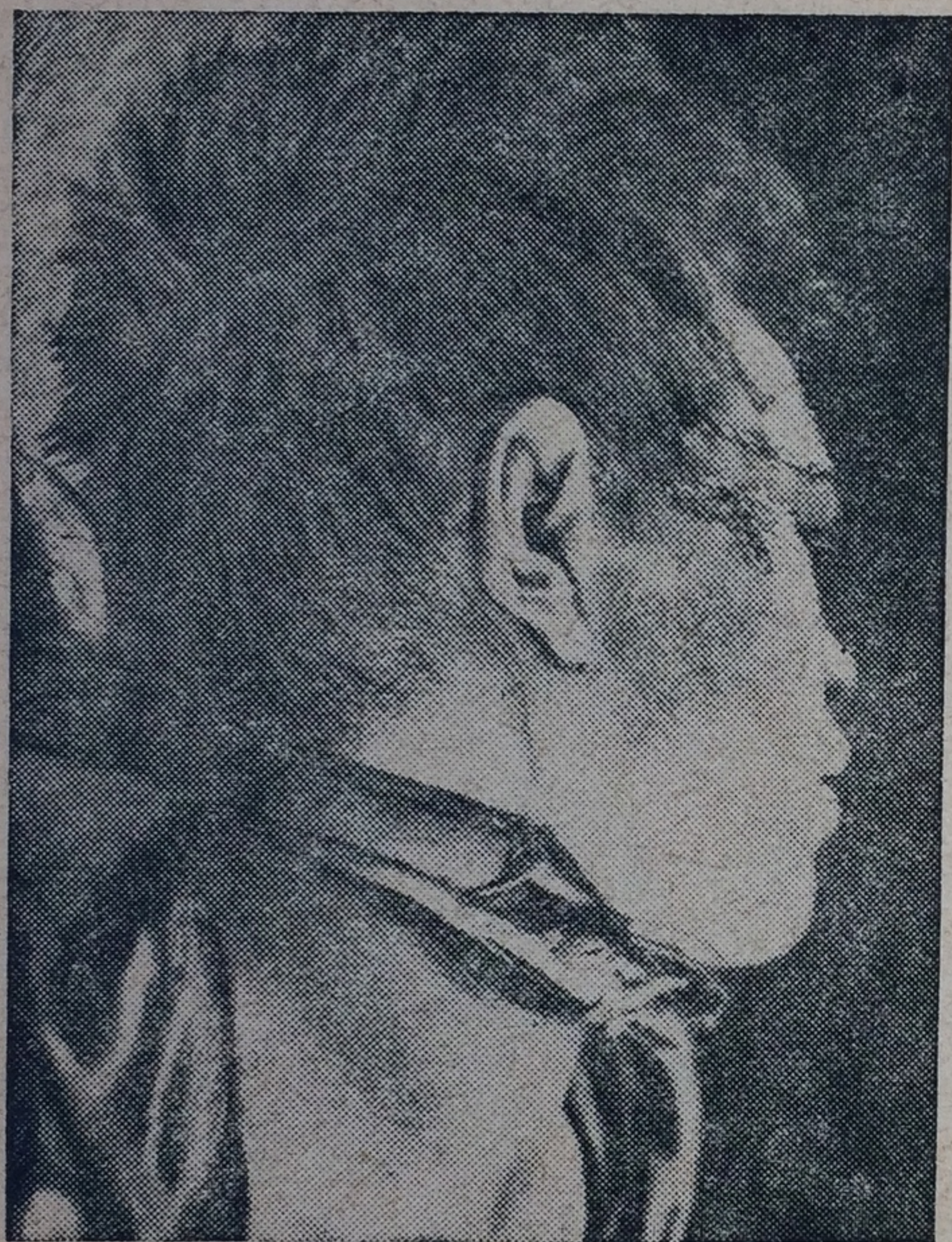


Рис. 16. Двойная, фиксированная петля. Между петлями — кожный валик. Убийство посредством удавления петлей

направление имеет на шее странгуляционная борозда, причем глубина и ширина ее, как и при повешении, зависят от материала, из которого сделана петля, и от силы сдавления шеи. Петля из твердого материала, например, из проволоки, плотного шпагата и т. п., оставляет на шее глубокую борозду, петля из мягкого материала, например, из шарфа, полотенца, платка и т. п. — неглубокую широкую странгуляционную борозду (рис. 17 и 18).

§ 5. Цвет странгуляционной борозды на трупе, как при повешении, так и при удавлении, бывает различным: чаще всего при жест-

кой, узкой петле встречается буро-красный или буровато-желтый цвет, при петле из мягкого материала борозда может быть синеватого или бледносиневатого цвета.

Если петля обвивается вокруг шеи несколько раз, то на шее имеется соответственно числу оборотов петли несколько странгуляционных борозд, прилегающих одна к другой или находящихся на некотором расстоянии. В последнем случае между бороздами замечаются валики из припухшей сине-багрового цвета кожи (рис. 16).

§ 6. При повешении лицо трупа обыкновенно бывает бледным, при атипическом положении петли — синеватым,

налитым кровью, кончик языка иногда выстоит изо рта или ущемляется крепко между зубами. Трупные пятна бывают очень обильными, темнофиолетового цвета, и располагаются в нижележащих частях; при свободном висении трупа в продолжении нескольких часов они резко выражены на ногах, на предплечьях, в нижней половине живота; грудь, спина и плечи бывают в таких случаях бледными. Очень часто у повесившихся и удушенных петлей находят извержение кала, мочи и семени.

При удушении петлей лицо почти всегда бывает отечным, синеватого цвета, покрытым точечными кровоизлияниями; особенно часто имеются такие кровоизлияния на внутренней поверхности век.

§ 7. Иногда трупы лиц, удушенных петлей, подвешиваются убийцами с целью симуляции самоубийства через повешение. В таких случаях выяснению истины помогает нахождение на шее трупа двух странгуляционных борозд — одной характерной для повешения, расположенной в восходящем

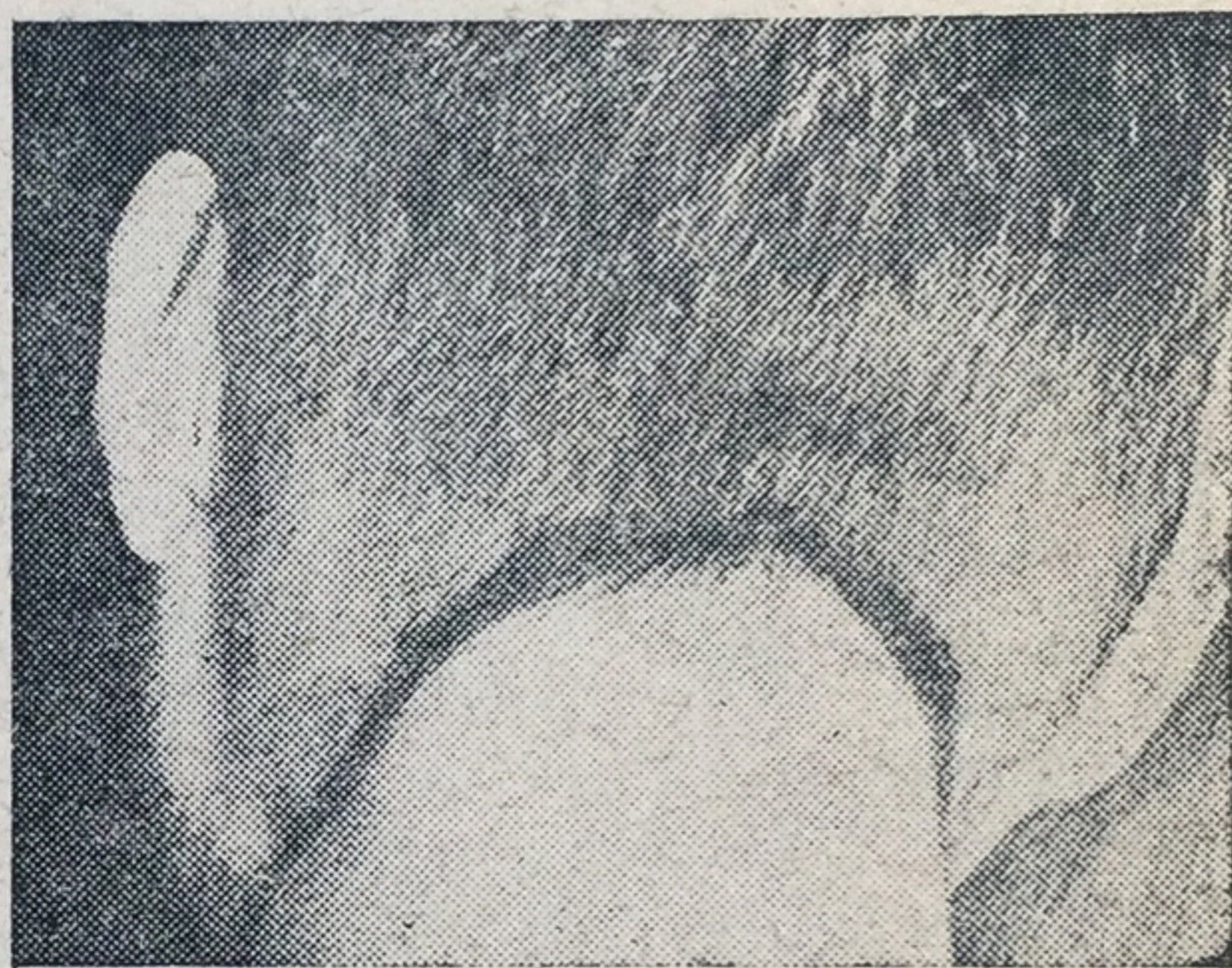


Рис. 17. Странгуляционная борозда (от веревки) при самоповешении

направлении, и другой, ниже первой, поперечно-расположенной, характерной для удушения. Затем, при удушении петлей обычно на теле находят следы сопротивления — ссадины, кровоподтеки, иногда и более глубокие повреждения в различных частях тела. При самоповешении, кроме странгуляционной борозды, других повреждений на теле обычно не бывает.

§ 8. Удушение рукой производится посредством сжатия шеи жертвы одной или двумя руками преступника. При наружном осмотре на шее трупа находят обычно следы от пальцев и ногтей преступника в виде кровоподтеков и тонких полулунных ссадин. Если удушение производилось одной рукой, например правой, то с левой стороны шеи, куда ложатся четыре пальца преступника, будут более многочисленные ссадины, чем с правой, куда ложится один

большой палец. Обратное расположение ссадин, т. е. следы четырех пальцев справа и след большого пальца слева, свидетельствует обычно о том, что убийца, — повидимому, левша; это обстоятельство может сыграть некоторую роль при обнаружении преступника. Если удушение было произведено двумя руками одновременно, то многочисленные

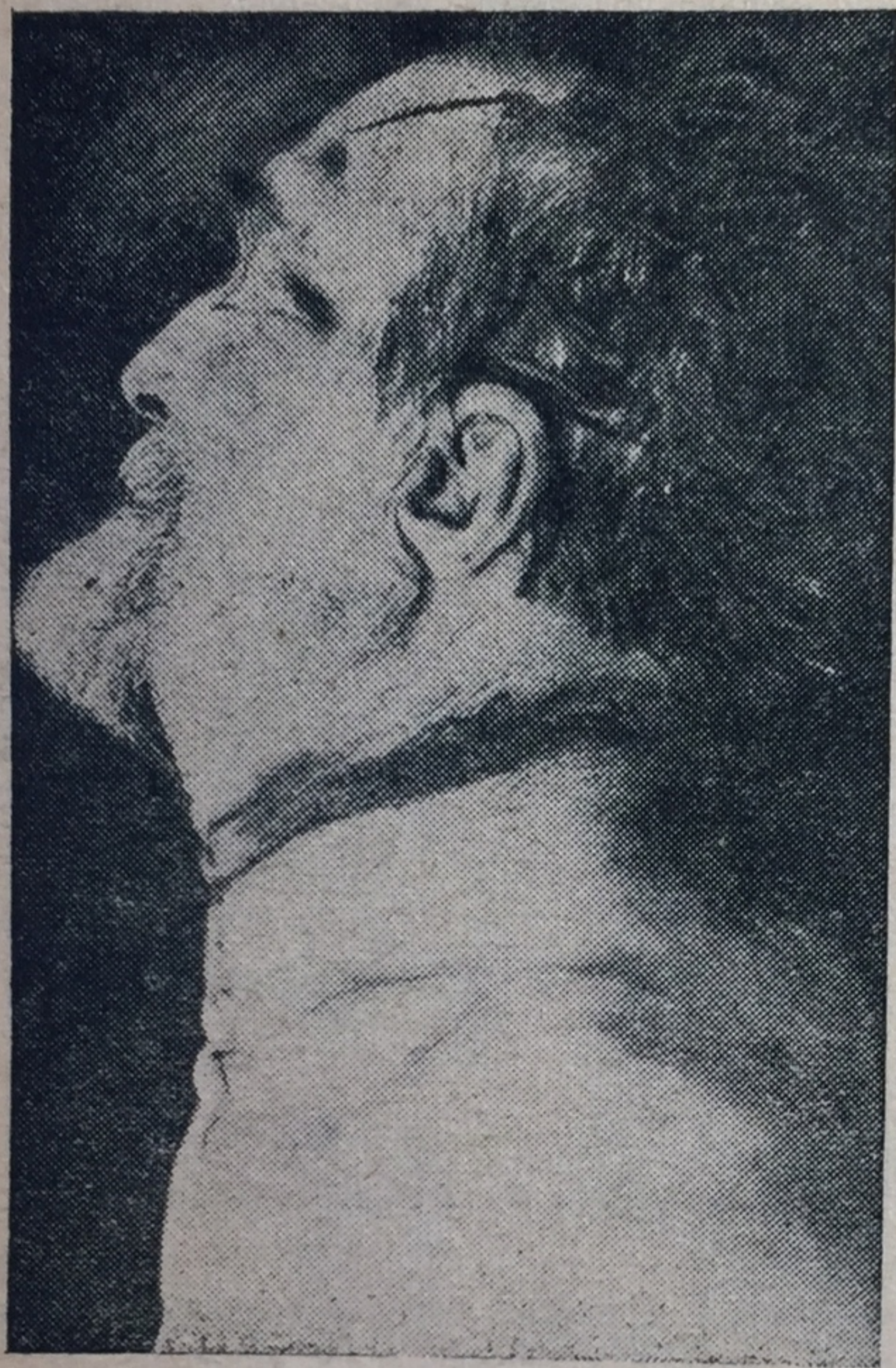


Рис. 18. Странгуляционная борозда (от ремня) при самоповешении

ссадины могут находиться на задне-боковых поверхностях шеи. При задушении новорожденных следы от удуляющей руки, ввиду тонкости шеи, находятся часто не на боковых поверхностях шеи, а на задней ее поверхности.

Кроме знаков насилия на шее, на теле жертвы обычно бывают ссадины и кровоподтеки на лице, руках и других частях тела, свидетельствующие об оказанном жертвой сопротивлении.

Иногда убийство посредством удушения рукой сочетается с другими способами — нанесением ранения тяжелым тупым предметом, колюще-режущим оружием и т. п.

Встречаются случаи, когда труп удушенного на петле с целью симуляции самоубийства, однако истинная причина смерти легко устанавливается по характерным ссадинам на шее и другим повреждениям, свидетельствующим о происходившей перед смертью борьбе.

§ 9. Задушение от попадания инородных тел в дыхательные пути встречается как несчастный случай у детей, которые любят класть в рот различные предметы (монеты, пуговицы и т. п.). Эти предметы закрывают просвет гортани и быстро приводят к смерти от острой асфиксии. Иногда

наблюдаются случаи смерти от попадания инородных тел в дыхательные пути и взрослых лиц, находившихся в состоянии сильного опьянения. Причиной смерти в этих случаях является закупорка просвета гортани, как следствие торопливой еды и недостаточного разжевывания пищи или же попадания большого количества рвотных масс в дыхательные пути, особенно когда рвота наступает во сне при положении тела, удобном для ее затекания в дыхательное горло (например, при лежании на спине).

Случаи самоубийства путем введения в рот инородного тела с закрытием просвета гортани или дыхательного горла встречаются очень редко, в основном — среди душевно-больных.

Убийства этим путем встречаются при умерщвлении новорожденных, когда вводятся в рот и глубже тряпки, твердые предметы и т. п. (рис. 19).



Рис. 19. Закрытие рта и носоглотки соломой (убийство)

§ 10. Закрытие наружных отверстий дыхательных путей, т. е. ноздрей и рта, встречается иногда при детоубийстве. Однако этим способом производится и умерщвление взрослых, находящихся в беспомощном состоянии (тяжело больных, спящих, стариков).

Обычно в этих случаях применяется способ накладывания на лицо с последующим прижатием подушки, одеяла и тому подобных больших мягких предметов.

§ 11. К смерти от асфиксии может привести сильное сдавление грудной клетки, особенно при одновременном сдавливании живота. В этих случаях становятся невозможными дыхательные движения грудной клетки и дыхательные сокращения диафрагмы. Обычно этот вид смерти наблюдается как результат несчастного случая: сдавления тела в толпе, при обвалах, при ущемлении тела между буферами вагонов и т. п.

§ 12. Вскрытие трупов лиц, погибших от острой быстро наступившей асфиксии, приводит к следующим основным данным: кровь, как правило, бывает жидкой (несверну-

шейся) и темной; легкие обычно увеличены в объеме, содержат много крови; правая половина сердца растянута кровью; на наружной поверхности сердца и на легких часто имеются мелкие, яркокрасные, кругловатые кровоизлияния — так называемые пятна Тардые.

§ 13. Смерть от утопления в большинстве случаев является следствием случайности или самоубийства, реже — убийства.

Из наружных явлений, обнаруживаемых на трупах, извлеченных из воды, отмечают: наличие на коже мелких возвышений, делающих ее похожей на кожу общипанного гуся (так называемая гусиная кожа), сморщивание мошонки и сосков, обильная белоснежная пена у отверстий рта и носа и сморщивание кожи на ладонях и ступнях. Из всех этих явлений только белоснежная пена вокруг отверстий рта и носа свидетельствует о том, что человек попал в воду живым, т. е. что перед нами действительно труп утопленника. Остальные явления развиваются и на мертвом теле, если оно брошено в воду.

При осмотре трупа, извлеченного из воды, главной задачей является исключение возможности убийства. Для этого необходим тщательный осмотр трупа в целях установления, не имеется ли на нем следов повреждений от огнестрельных, режущих и тому подобных орудий.

При нахождении повреждений от тупых предметов нужно помнить, что иногда такого рода повреждения могут быть результатом удара тела при падении в воду о камни, бревна и другие твердые предметы. Повреждения на теле утопленника могут быть причинены также рыбами, раками, колесами и винтами судов и т. д.

Нахождение на теле, извлеченном из воды, привязанных тяжестей не исключает возможности самоубийства, так как встречаются случаи, когда самоубийца, прежде чем броситься в воду, привязывает к телу тяжелые предметы.

При разрешении вопроса о времени пребывания трупа в воде можно руководствоваться степенью сморщивания и побеления ладоней и подошв и общими трупными явлениями на теле. Через 3—6 часов пребывания в воде на концах пальцев образуется морщинистость и бледность кожи, через двое суток белеют ладони и подошвы, через 5—8 дней белеет и сморщивается тыльная поверхность кистей рук. Через две недели легко выдергиваются волосы, к концу месяца кожу с кистей можно снять вместе с ногтями в виде

перчаток (так называемые «перчатки смерти»). Далее труп принимает темнозеленую окраску, резко вздувается газами, кожа отделяется в виде лоскутов и время пребывания в воде с точностью установить не представляется возможным.

Так как у трупов, долго находившихся в воде, волосы на голове могут совершенно отделиться, утонувший может быть ошибочно принят за лысого. При отделении кожи с кистей рук пальцы становятся похожими на выхоленные, что тоже может привести к ошибке при установлении личности утопленника.

При попадании в воду трупы вначале погружаются на дно, а затем, с развитием в теле гнилостных газов, всплывают на поверхность, в теплое время, обычно, через 2—3 дня, в холодное время — несколько позже, причем этому не препятствуют и привязанные тяжести.

При вскрытии трупов погибших от утопления находят резко увеличенные в объеме легкие, бледные в виде полос кровоизлияния на их поверхности, обильную белоснежную пену в дыхательном горле и бронхах. Часто в желудке имеется большое количество воды, проглоченной при утоплении.

При утоплении в жидких нечистотах, например в уборных (обычно при умерщвлении новорожденных), в дыхательных путях и в желудке обнаруживаются характерные массы со специфическим запахом кала.

ГЛАВА VIII

СМЕРТЬ ОТ ДЕЙСТВИЯ ВЫСОКИХ И НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

§ 1. Ожоги тела в подавляющем большинстве случаев бывают результатом неосторожного обращения с огнем. Убийства посредством причинения ожогов в уголовной практике встречаются очень редко. Отмечались и случаи самоубийства путем самосожжения.

Действие пламени на тело в зависимости от продолжительности приводит к различной степени ожогам: 1) краснота кожи, 2) пузыри, наполненные прозрачной жидкостью, 3) струп в виде плотных корок пергаментной плотности буроватого или буровато-красного цвета и 4) обугливание.

Смерть зависит от обширности ожогов; даже при первой степени ожога, т. е. при красноте кожи, если поражено больше $1/2$ поверхности, обыкновенно наступает смерть.

Иногда убийцы с целью скрыть следы преступления сжигают труп. Однако полное сожжение удастся очень редко. Для того, чтобы сжечь тело взрослого человека (например, в голландской печи) до испепеления, необходимо потратить от 1 до 2 кг дров на 1 кг трупа. Убийцы же, обыкновенно, обливают труп каким-либо горючим веществом и поджигают его, вследствие чего получается только обгорание кожи.

Следовательно, при обнаружении обгоревшего трупа необходимо прежде всего решить вопрос: действовало ли пламя на труп или ожоги причинены живому человеку?

Краснота и пузыри на трупе обыкновенно говорят за прижизненность ожогов; при наличии струпа, если он образовался на живом человеке, в корочке можно заметить сеть наполненных кровеносных сосудов, содержащих свернувшуюся от действия пламени кровь; если же пламя действовало на мертвое тело, то струп представляется в виде буровато-желтой корочки, в которой не видно сети кровеносных сосудов. При обугливании трупа вопрос о том, попал

ли в пламя живой человек или труп, наружным осмотром разрешить не представляется возможным. Прижизненность ожога устанавливается в таких случаях вскрытием трупа по наличию копоти в дыхательных путях и в легких и по присутствию окиси углерода в крови. При обширных ожогах тела третьей и четвертой степени труп часто принимает характерное положение, напоминающее позу боксера (рис. 20).

§ 2. При действии на тело горячих и кипящих жидкостей получается **обваривание** тела, причем в зависимости от температуры жидкости и продолжительности ее действия могут образоваться краснота, пузыри и струп. Если обвариванию подвергается труп, то получается только струп или сваривание мягких частей, красноты же и пузырей на трупе не образуется. Обваривание обыкновенно бывает следствием несчастного случая.

Ожог пламенем отличен от обваривания жидкими веществами характерным для первого обгоранием волос и часто наличием копоти на коже.

§ 3. При пребывании человека в течение длительного времени в чрезмерно натопленном помещении или в знойной влажной атмосфере могут наступить явления так называемого **перегревания** тела.

В этих случаях прекращается потоотделение, температура тела повышается до 40° и выше, лицо краснеет, пульс и дыхание учащаются, появляется головокружение и если человек, подвергшийся перегреванию, не изменит условий пребывания, то обычно наступает бессознательное состояние, могущее перейти в смерть (тепловой удар).

§ 4. При **солнечном ударе** (инсоляции) имеет место прямое действие солнечных лучей на область головы. Поэтому наступающие болезненные явления при длительном действии солнечных лучей на непокрытую голову носят характер теплового поражения головного мозга, которое выражается

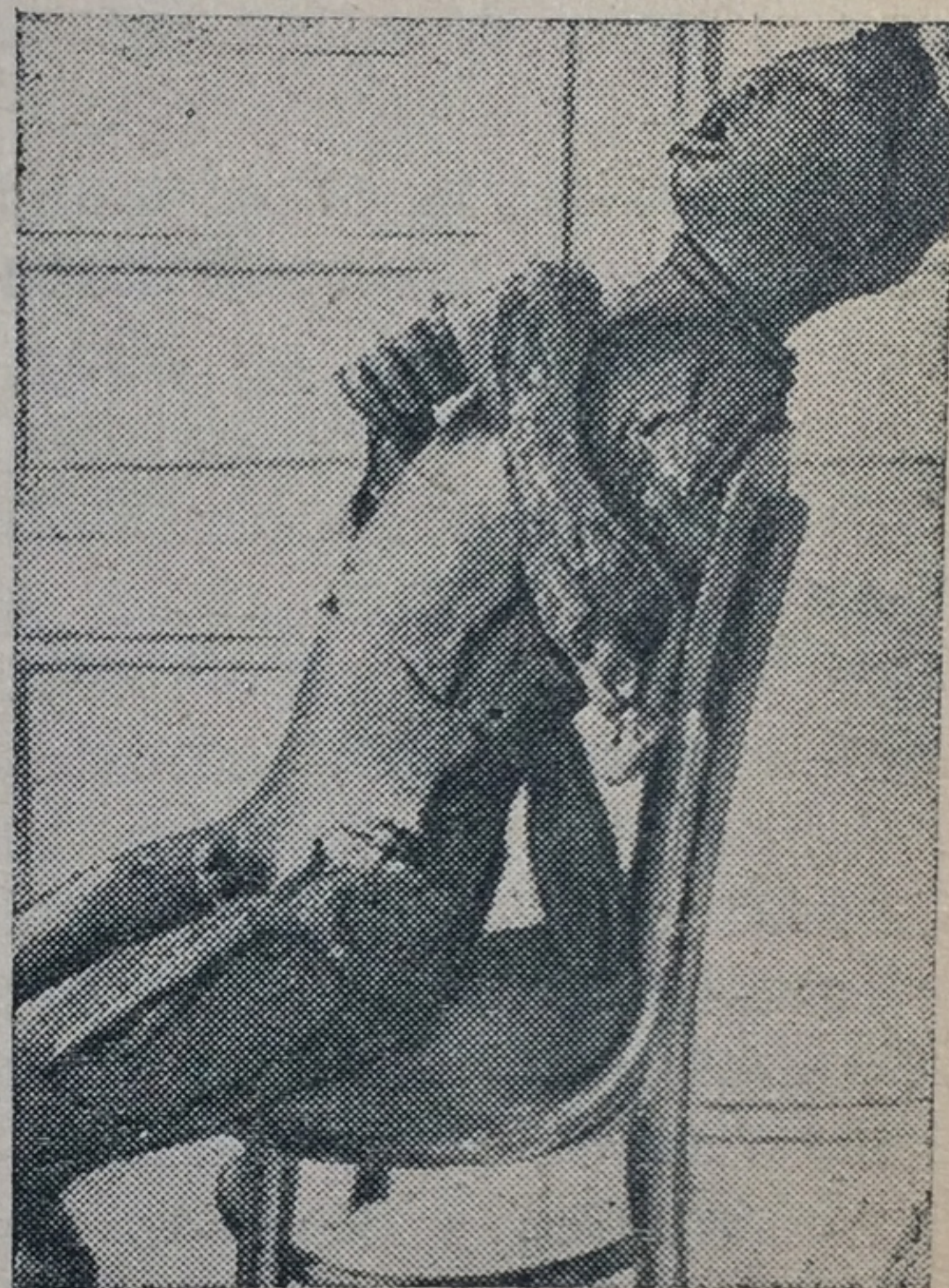


Рис. 20. Ожоги пламенем. 3-я и 4-я степени ожогов. Поза «боксера»

в беспокойстве, головокружении, бессознательном состоянии и судорогах. Смертность при тепловом и солнечном ударе колеблется от 7 до 13 %.

Предрасполагающими моментами для наступления теплового и солнечного удара является состояние опьянения и тучность.

При вскрытии трупов лиц, погибших от действия высоких температур, а также от теплового и солнечного удара, каких-либо специфических изменений во внутренних органах не обнаруживается.

§ 5. Смерть от охлаждения тела. Граница низкой температуры, при которой взрослый человек может жить, зависит от того, как он одет, находится ли он в движении, а также от его физического и психического состояния. У детей и особенно новорожденных смертельное охлаждение тела может наступить даже при положительной температуре (до 5°), если в такой температуре ребенок находится более или менее продолжительное время.

Громадное значение в наступлении смерти от охлаждения играет алкоголь. До настоящего времени многие полагают, что спиртные напитки согревают тело, повышают выработку организмом тепла; в северных районах принято, выходя в зимнюю стужу в дальний путь, согреваться водкой. В действительности же, как показали научные опыты, спиртные напитки не только не согревают тела, но, наоборот, способствуют быстрому его охлаждению. Понижение температуры наступает уже через несколько минут после введения алкоголя в желудок. Поэтому пьяный человек чрезвычайно легко подвергается опасности охлаждения.

Смерть от охлаждения тела в подавляющем большинстве случаев является следствием несчастного случая. Самоубийство и убийство взрослых (беспомощных и больных) таким путем встречается крайне редко. Наблюдаются случаи оставления на холоде новорожденных.

При длительном действии холода деятельность сердца падает, появляется сонливость и в сонном состоянии наступает смерть, обыкновенно в течение первых часов охлаждения. Встречаются отдельные случаи, когда жизнь в охлажденном теле как бы замирает, наступают явления минимальной жизни, в состоянии которой охлажденные находятся в течение долгого времени.

При вскрытии трупов лиц, погибших от охлаждения тела, обычно устанавливается светлокрасный цвет трупных пя-

тен (посмертное явление), отсутствие гнилостных явлений, переполнение кровью внутренних органов, особенно сердца, и мелкие, легко соскабливающиеся кровоизлияния кофейного цвета на слизистой оболочке желудка, так называемые **пятна Вишневого**, которые считаются весьма ценным прижизненным признаком смерти от охлаждения.

Человек, подвергшийся угрожающему жизни охлаждению, может быть возвращен к жизни, если температура в прямой кишке — не ниже $24-25^{\circ}$, пульс — не менее 40 — 50 ударов в минуту, дыхательные движения — не менее 8 в минуту.

§ 6. Смерть от действия электричества. Поражение человека электрическим током наблюдается преимущественно как несчастный случай. Имелись единичные случаи самоубийства посредством прикосновения к электрическому кабелю высокого напряжения.

Техническое электричество представляет опасность при напряжении от 500 вольт. Однако при уменьшении сопротивляемости организма смертельные поражения электрическим током наблюдаются от прикосновения к проводам и с напряжением в 120—220 вольт.

При поражении электрическим током на теле наблюдается два рода повреждений: 1) непосредственно от воздействия тока, и 2) от той энергии (механической, тепловой), в которую переходит электричество.

Эти два фактора могут действовать на организм одновременно. Нередко, особенно при поражении электрическим током в момент прикосновения к токоведущему проводу, на руках или других обнаженных частях тела образуются так называемые **знаки тока** (электрометки); они представляются в виде небольшого участка пергаментированной кожи, темносерого цвета.

Электрометки бывают различной формы — круглой, овальной, линейной (например, при сжатии ладонью провода) и т. д. Они указывают на место вхождения тока. Гораздо реже электрометка наблюдается на месте выхода тока, особенно если он идет по металлической детали обуви, например, по гвоздям на каблуках и подметках.

При длительном соприкосновении тела с токоведущими предметами могут получиться глубокие и обширные ожоги и даже обугливание мягких тканей (кожи, мышц) и костей. При прикосновении к токоведущему предмету ток, проходя через тело, вызывает, в зависимости от напряжения тока,

условий проходимости и индивидуальных свойств пораженного организма, не всегда одни и те же явления: иногда человек тотчас же теряет сознание и падает, не обнаруживая признаков жизни; иногда при полной потере сознания дыхание и сердцебиение сохраняются; наконец, пораженный током может не потерять сознания, кричать о помощи, причем нередко он не может сам оторваться от провода, зажатого в его руке.

Надо заметить, что при поражении электрическим током очень часто встречается явление минимальной жизни (мнимой смерти). Поэтому даже при мгновенной потере сознания с последующим прекращением сердцебиения и дыхания должны быть предприняты самые энергичные меры к оживлению (искусственное дыхание, возбуждающие средства и пр.).

Пораженный электротоком, как сказано выше, может умереть на месте; иногда наступает кажущееся выздоровление, пораженный током приходит в сознание, встает, ходит, но затем внезапно умирает.

Вскрытие лиц, умерших от поражения электротоком, обнаруживает паралич сердца или, чаще, явления асфиксии.

После поражения электрическим током, даже при отсутствии тех или иных повреждений, наблюдается нередко длительное расстройство здоровья, преимущественно в виде так называемых функциональных неврозов (раздражительность, упадок памяти, бессонница и т. п.).

После заживления ожогов, причиненных электричеством, часто образуются стягивающие рубцы, в той или иной степени ограничивающие движения головы, конечностей и пр., что ведет нередко к стойкой потере трудоспособности.

§ 7. Поражение молнией, т. е. атмосферным электричеством, встречается гораздо реже, чем техническим. Удар молнии в человека может вызвать повреждения в виде рваных ран мягких тканей тела и разрывов одежды. Однако эти повреждения наблюдаются сравнительно редко. Большинство пораженных молнией умирает на месте. Иногда на теле пораженного молнией наблюдаются ветвистые красноватые полосы, так называемые **фигуры молнии**. Как правило, все или часть металлических предметов, находящихся на одежде и в карманах пораженного молнией (пуговицы, монеты, часы и пр.), расплавляются, что в неясных случаях может указывать на поражение молнией. Смерть при поражении молнией чаще всего наступает от асфиксии.

ГЛАВА IX

ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

§ 1. Половые преступления предусмотрены ст. ст. 151, 152, 153, 154 и 154-а Уголовного кодекса РСФСР. В делах об этих преступлениях в качестве подозреваемого или обвиняемого фигурирует обычно мужчина.

Нередко задержанное лицо отрицает приписываемое ему преступление, ссылаясь на неспособность к совокуплению (так называемую импотенцию). В таких случаях эксперту ставится вопрос об установлении способности данного лица к совокуплению.

Объектами половых преступлений могут быть лица, не достигшие половой зрелости (ст. 151). В этих случаях возникает вопрос о проверке у потерпевшей признаков половой зрелости.

В делах об изнасиловании (ст. 153) возникает ряд вопросов, требующих судебно-медицинской экспертизы: о лишении девственности, о признаках самообороны со стороны женщины, о соотношении сил насильника и потерпевшей и т. д.

В делах о мужеложстве (ст. 154-а) эксперту приходится устанавливать факт мужеложства, его давность и т. д.

§ 2. Ссылка на неспособность к совокуплению является обычной со стороны лиц, изобличенных в половых преступлениях, особенно в отношении малолетних.

Неспособность к совокуплению со стороны мужчины означает неспособность к введению полового члена во влагалище женщины.

Очень редко могут встретиться случаи полного отсутствия полового члена, исключающие возможность совокупления. Половое влечение может при этом сохраняться.

Частичное отсутствие полового члена (головки, части тела) не исключает возможности напряжения (эрекции) полового члена и совокупления. Обширные рубцы в области полового члена на почве бывших ожогов, стягивающие член

и препятствующие эрекции, также делают мужчину неспособным к нормальному половому акту.

Однако надо заметить, что отмеченные дефекты, как доказательство невозможности совершения изнасилования, растления и других половых преступлений, в судебно-медицинской практике встречаются исключительно редко.

Обычно обвиняемый ссылается, как на причину импотенции, на истощение, общую слабость, старость и пр. Необходимо иметь в виду, что только заболевания, связанные с разрушительными процессами (рак, саркома, травма) в поясничной части спинного мозга, где заложен так называемый эрекционный центр, позволяют врачу, да и то не всегда, высказаться за наличие импотенции. Никакие другие заболевания, и даже такие, как рак внутренних органов, далеко зашедший туберкулез, не всегда исключают возможность со стороны больного иметь половое сношение.

Имеется ряд наблюдений, когда тяжелобольные и резко истощенные имели половое сношение за 1—2 дня до смерти.

§ 3. Способность к половому сношению необходимо отличать от так называемой **производительной способности**, т. е. способности оплодотворения. Производительная способность предполагает прежде всего нормальное функционирование яичек и выработку ими полноценного семени. Неспособность к оплодотворению обусловливается заболеванием яичек и их придатков, чаще всего на почве гонорреи.

Способность к оплодотворению не обязательно связана со способностью к половому сношению. Случается, что мужчина, способный к половому сношению, оказывается неспособным к оплодотворению и, наоборот, импотент имеет вполне полноценное семя и является способным к оплодотворению.

Необходимость экспертизы по поводу производительной способности обычно возникает в случаях, связанных с установлением отцовства.

§ 4. Советский закон строго охраняет половую неприкосновенность малолетних. Статья 151 УК РСФСР предусматривает половое сношение с лицами, не достигшими половой зрелости.

Так как состояние, именуемое половой зрелостью, не всегда очевидно для суда, то при расследовании преступления, предусмотренного ст. 151 УК, может возникнуть вопрос

о необходимости экспертизы для проверки половой зрелости.

Объектами половых посягательств могут быть как мальчики, совращенные взрослыми женщинами, так и девочки-подростки, совращенные мужчинами.

Обычно в качестве обвиняемых фигурируют мужчины. Нередко обвиняемый ссылается на незнание того, что девушка, с которой он имел сношение, не достигла половой зрелости.

Половая зрелость у лиц мужского пола выражается в наличии сперматозоидов (семянных нитей в семени), наличии волос на лобке, иногда и на лице, и в других признаках оформившегося юноши. Это состояние наступает между 16—18 годами.

У лиц женского пола половая зрелость наступает также в среднем между 16—18 годами. К этому времени грудные железы бывают достаточно развиты, на лобке и в подмышечных впадинах имеются волосы. К этому же времени, а иногда и несколько раньше, появляются менструации.

Указанные половые признаки могут появляться как преждевременно, так и с запозданием. Наблюдаются единичные случаи полового созревания 12—14-летних девочек и мальчиков.

§ 5. Половое сношение с применением физического насилия, угроз, запугивания или с использованием, путем обмана, беспомощного состояния потерпевшего лица называется **изнасилованием** (ст. 153 УК РСФСР).

Судебно-медицинскому эксперту в делах об изнасиловании приходится разрешать вопрос о том, действительно ли имело место физическое насилие над потерпевшей и именно такое, которое является характерным для изнасилования.

Кроме того, если изнасилованная заявляет о том, что до этого акта она была девственницей и насильник лишил ее девственности, эксперт должен установить, что у потерпевшей в процессе изнасилования действительно нарушена целостность девственной плевы.

Физически и психически здоровая женщина всегда оказывает насильнику сопротивление и нередко наносит ему те или иные повреждения (ссадины, кровоподтеки, укусы и т. п.).

У женщины, подвергшейся попытке к изнасилованию или изнасилованию, обычно имеются ссадины и кровоподтеки в различных частях тела. Но наиболее характерными при изнасиловании являются повреждения на внут-

ренной поверхности бедер и в области половых органов в виде полулунных или линейных ссадин и кругловатой или овальной формы кровоподтеков. Они образуются в результате сдавления ногтями и концами пальцев насильника внутренней поверхности бедер женщины с целью разведения их и преодоления наиболее серьезного сопротивления женщины — это сведения бедер.

В каждом случае изнасилования необходимо освидетельствовать и обвиняемого. Обычно на теле его, особенно на руках и лице, имеются ссадины, царапины, кровоподтеки, укусы и прочее как следствие оказанного сопротивления.

Иногда женщина во время борьбы с насильником вырывает с его головы, бороды, усов или лобка волосы, что может оказаться серьезной уликой.

В некоторых случаях у изнасилованной женщины не обнаруживаются характерных знаков повреждений. Это может иметь место в случаях, когда насильник сразу же применил грубое насилие (нанесение удара, сдавливание шеи руками или петлей и т. д.) и привел женщину в бессознательное состояние.

В таких случаях необходимо путем освидетельствования выяснить, не имеется ли на теле женщины таких повреждений, которые могли вызвать временную потерю сознания (например, наличие странгуляционной борозды на шее от сдавливания петлей, ушибленной раны на голове и т. п.). Конечно, наличие этого рода повреждений само по себе еще не может служить доказательством, что они причинены с целью последующего изнасилования, но установление их в ряду других данных следственного порядка помогает выяснению истины.

Если изнасилованию подверглась женщина, живущая половой жизнью, то в области самих половых органов обычно не находят ничего характерного, что свидетельствовало бы об имевшем место половом акте. При изнасиловании же малолетних или девушек, не живших половой жизнью, в результате оказывается повреждение так называемой девственной плевы, которая представляет собой складку, прикрывающую вход во влагалище.

При первом совокуплении под напором напряженного полового члена девственная плева разрывается, причем выделяется небольшое количество крови. Разрывы плевы идут от свободного края к основанию; обычно наблюдается 2—3 разрыва, располагающихся сзади и по бокам.

В первые дни после нарушения целостности девственной плевы отмечается ее покраснение, кровоподтечность и припухлость в области разрывов. Постепенно последние заживают, рубцуются и, как правило, через 10—14 дней настолько заживают, что установить их давность не представляется возможным.

Разрывы плевы никогда вновь не срастаются и остаются в первоначальном виде до родов, после которых плева значительно разрушается.

Изнасилование, сопряженное с нарушением целостности девственной плевы, совершенное над лицами, не достигшими половой зрелости (ч. 2 ст. 153 УК РСФСР), рассматривается как изнасилование с растлением.

Р а с т л е н и е, т. е. лишение девственности, девочки, не достигшей половой зрелости, само по себе составляет преступление, предусмотренное ст. 151 УК РСФСР, независимо от того, добровольно или недобровольно был совершен половой акт, так как, естественно, малолетние сравнительно легко поддаются уговору или обману со стороны взрослых.

§ 6. На следствии и суде по делам об изнасиловании иногда возникает вопрос о том, мог ли мужчина, привлеченный в качестве обвиняемого, преодолеть сопротивление потерпевшей и совершить над ней насилие. При решении этого вопроса в первую очередь должно учитываться телосложение (рост, мускулатура) обвиняемого и потерпевшей.

Считается, что здоровая, среднего телосложения женщина не может быть изнасилована мужчиной такого же, примерно, здоровья и телосложения. Несомненно, что мужчина высокого роста, крепкого или атлетического телосложения без особого труда может преодолеть сопротивление женщины маленького роста и хрупкого телосложения. Легко может быть изнасилована женщина, находящаяся в беспомощном состоянии вследствие какой-либо тяжелой болезни, резкого истощения после перенесенного заболевания и т. д. Изнасилование женщины во время глубокого естественного сна также признается возможным.

§ 7. Ст. 152 УК РСФСР предусматривает **развращение малолетних или несовершеннолетних** путем развратных действий в отношении их.

Под развратными действиями нужно понимать удовлетворение похоти путем обнажения и разглядывания половых органов у малолетних, ощупывания их половых орга-

нов или ягодич, прикосновения или трения о тело малолетних половым членом и т. д.

Все эти действия, совершаемые над мальчиком или девочкой, не оставляют на теле каких-либо характерных повреждений. Судебно-медицинское освидетельствование малолетнего, над которым были произведены развратные действия, сводится к тщательному осмотру половых органов, в области которых иногда можно обнаружить ссадины, причиненные ногтями преступника. Обнаружение семени на теле или одежде малолетнего обычно является доказательством произведенного над ним развратного действия. Встречаются единичные случаи, когда преступник причиняет малолетней девочке пальцем, введенным в половые органы, разрыв девственной плевы.

§ 8. Ст. 154-а УК РСФСР предусматривает половое сношение мужчины с мужчиной, что именуется мужеложством. Акт мужеложства совершается таким образом, что напряженный половой член одного мужчины вводится в прямую кишку другого мужчины. Первый именуется активным, второй пассивным педерастом.

Признаков, по которым можно было бы установить активную педерастию, не существует. Признаки пассивной педерастии могут быть выражены различно, в зависимости от того, однократно или многократно был совершен педерастический акт, насильно или добровольно он совершался.

При однократном добровольном педерастическом акте между взрослыми мужчинами в области заднего прохода пассивного педераста не обнаруживается никаких изменений. В свежих случаях в области заднего прохода или прямой кишке можно иногда найти семенную жидкость, что является бесспорным доказательством пассивного участия в педерастическом акте.

Если введение полового члена в задний проход было совершено грубо или объектом мужеложства являлся малолетний, то нередко происходят надрывы или разрывы мышцы, запирающей задний проход (так называемого наружного сфинктера).

При многократных пассивных педерастических актах, т. е. при привычной пассивной педерастии, в области заднего прохода развивается ряд характерных изменений, а именно расслабление наружного сфинктера, сглаживание складок, лучеобразно отходящих от заднепроходного отверстия и т. д.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ. ДЕТОУБИЙСТВО

§ 1. Беременность и роды. Необходимость установления факта беременности может встретиться в процессе предварительного и судебного следствия в случаях обвинения в производстве незаконного аборта (ст. ст. 140—140-б УК РСФСР) и детоубийстве, а также при определении наказания женщине-подсудимой, когда она заявляет о беременности, являющейся смягчающим обстоятельством (ст. ст. 22 и 48 УК РСФСР).

Признаки беременности разделяются на: а) поздние или достоверные, т. е. несомненно свидетельствующие о наличии беременности, и б) вероятные, т. е. признаки, по которым можно лишь предполагать ее наличие.

К достоверным признакам беременности относятся:

- 1) прощупывание через живот частей плода и ощущение его движения;
 - 2) установление сердцебиения плода;
 - 3) установление скелета плода рентгеновским снимком.
- Достоверные признаки определяются обычно начиная с пятого месяца беременности.

К вероятным признакам беременности относятся:

- 1) отсутствие менструаций;
- 2) увеличение матки с изменением ее формы;
- 3) синюшная окраска наружных половых органов, иногда их отечность;
- 4) увеличение грудных желез; коричневая окраска сосков, околососкового кружка и белой линии живота (т. е. срединной линии, идущей от пупка к лобку);
- 5) наличие в грудных железах так называемого молока — белесоватой жидкости.

Перечисленные признаки называются вероятными потому, что они могут наблюдаться и у женщины не беременной. Например, отсутствие менструаций может быть следствием заболевания, резкого малокровия, истощения после перенесенных инфекционных болезней и т. д. С другой сто-

роны, иногда после наступления беременности наблюдаются кровянистые выделения, которые могут быть приняты за менструацию. Увеличение матки может быть следствием опухолей, разрастающихся в ткани матки.

§ 2. Признаки бывших родов. Необходимость освидетельствования женщины с целью установления признаков бывших родов может встретиться по делу о детоубийстве, при симуляции женщиной послеродового периода с целью освобождения от отбывания обязательных работ, в случаях обнаружения подкинутого ребенка, когда подозрение в этом падает на ту или иную женщину.

К признакам недавних родов, т. е. послеродового периода, который продолжается в среднем 6—8 недель, относятся: увеличение грудных желез с темнокоричневой окраской сосков и околососковых кружков, выделение при надавливании из грудных желез молозива (в первые дни), а затем молока, вялость стенки живота (брюшных покровов), их растянутость, наличие на них «рубцов беременности», которые в первые недели бывают бледнофиолетового цвета, а затем становятся белесоватыми («рубцов беременности» может иногда и не быть). В первые 10—12 дней после родов через брюшные покровы прощупывается увеличенная матка.

Наружные половые органы после родов представляются несколько набухшими, багровой окраски, которая держится около двух недель; стенки влагалища растянуты.

При акушерско-гинекологическом исследовании в качестве послеродового признака может быть установлено расширение зева матки, который постепенно суживается до щелевидного отверстия (у нерожавших это отверстие круглой формы).

После родов матка с каждым днем уменьшается в размерах. Через 10—12 дней дно матки прощупывается на уровне лобка (лонной дуги), а полное восстановление нормального состояния матки заканчивается в среднем через 6 недель после родов.

В первые дни после родов из влагалища выделяются так называемые лохии (послеродовые очищения), которые вначале бывают кровянистыми, затем делаются все более водянистыми (цвета мясных помоев), кровянисто-гнойными, слизисто-гнойными, слизистыми; через 3—4 недели лохии прекращаются.

Таким образом, в первые дни, примерно, в пределах 14 дней, установление послеродового периода не представ-

ляет трудности. В дальнейшем оно затрудняется, и эксперт может только установить: рожала или не рожала свидетельствуемая женщина.

Признаками бывших давних родов являются «рубцы беременности» на животе, следы от разрывов во время родов в виде рубцов близ входа во влагалище, иногда на промежности и т. д.

§ 3. Плодоизгнание. Плодоизгнание допускается только в больничной обстановке по строго медицинским показаниям, когда беременность и роды могут угрожать жизни женщины (тяжелые заболевания сердца, почек и др.) или причинить тяжелый ущерб ее здоровью, или при наличии у родителей тяжелых, передающихся по наследству заболеваний.

Во всех остальных случаях производство аборта признается преступлением как в отношении лиц, производивших аборт или принудивших к нему женщину (ст.ст. 140 и 140-а УК), так и в отношении самой женщины, решившейся на аборт (ст. 140-б).

А б о р т (выкидыш) может наступить у женщины без какого-либо вмешательства на почве тех или иных заболеваний (главным образом, сифилиса). Это так называемый самопроизвольный аборт.

Искусственный аборт совершается в большинстве случаев механическим путем. Иногда с целью прерывания беременности принимают внутрь сильнодействующие или ядовитые вещества.

При механическом аборте во влагалище и матку вводятся самые разнообразные предметы, причем нередко и самими беременными.

Предметы эти, проникая в полость матки, отслаивают плодные оболочки, вызывают кровотечение, схватки, с последующим выкидышем.

Обычно искусственный аборт производится в первые 2—3 месяца беременности, хотя наблюдаются случаи аборта и во второй половине беременности.

Так как предметы, вводимые во влагалище и матку (бужи, резиновые трубки, спицы, корни растений и т. д.), в подавляющем большинстве случаев не обеззараживаются, это приводит к тяжелым заболеваниям матки, а нередко — и к заражению крови (сепсису).

Наиболее часто механический аборт производится путем введения в матку мыльного раствора, причем это проделыв-

вают и сами беременные без посторонней помощи. Мыльный раствор вводится посредством баллона (детской клизмы), наконечник которого вдвигается в зев матки, при этом часто повреждается слизистая оболочка шейки матки. Раствор, проникая в полость матки, вызывает отслойку оболочек плодного яйца, кровотечение, сокращение матки и выкидыш. Кроме мыльного раствора в матку с целью аборта вводят горячую воду, иодную настойку и др.

Опасность для здоровья и жизни беременной при механическом аборте огромна: заболевания слизистой матки, которые длительное время причиняют страдания женщине, а нередко делают ее инвалидом; частое в этих случаях заражение крови, как правило, приводящее к смерти; наконец, даже смерть беременной в момент производства аборта вследствие воздушной эмболии сердца или шока.

Кроме механических приемов, для прерывания беременности иногда принимают во внутрь так называемые плодогонные вещества. Необходимо отметить, что действительно плодогонных средств не существует, так как все те вещества, которые якобы могут непосредственно вызвать выкидыш, причиняют общее тяжелое отравление организма, в результате которого, как одно из серьезных осложнений, и наступает аборт. Но нередко в этих случаях наступает также смерть женщины от острого отравления плодогонным средством.

Веществами, применяемыми в качестве плодогонных, являются: хинин, спорынья (маточные рожки), донской можжевельник, шпанские мушки, багульник и др.

§ 4. Распознавание бывшего аборта в случае смерти женщины основывается, с одной стороны, на данных осмотра места обнаружения трупа, если последний не был перенесен преступником, с другой — на результатах судебно-медицинского вскрытия трупа.

На месте нахождения трупа женщины можно, во-первых, обнаружить кровь в области половых органов; во-вторых, путем осмотра окружающей обстановки, — окровавленные предметы (тряпки, вату и т. д.), кровь в тазу, ведре, инструменты и предметы, которыми мог быть произведен аборт, и т. п.; наконец, иногда на месте обнаружения трупа удается находить остатки плодного яйца.

При судебно-медицинском исследовании трупа женщины, умершей во время аборта или тотчас после него, помимо вероятных признаков беременности (набухание грудных желез,

пигментация сосков и околососковых кружков, молозиво и т. д.) устанавливаются изменения в матке, указывающие на механическое воздействие на нее, явления воздушной эмболии сердца (проникновение воздуха в сердце) или признаки, указывающие на шоковое состояние.

В случае смерти, наступающей через более или менее продолжительное время после аборта, при вскрытии устанавливаются обычно резко выраженные явления заражения крови (сепсиса).

Бывший аборт у женщины, оставшейся в живых, распознается путем акушерско-гинекологического исследования, которое может установить вероятные признаки беременности, увеличение матки, выделения из матки, в которых иногда обнаруживаются части зародыша или оболочек, и т. д.

В 1934 г. Наркомздравом РСФСР совместно с Прокуратурой были изданы Правила амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования, в которых даются методические указания для производства судебно-медицинскими экспертами акушерско-гинекологического освидетельствования лиц женского пола при определении половой зрелости, установлении девственности, изнасилования, развратных действий, беременности и аборта.

Правила предусматривают также порядок допроса малолетних по делам о развратных действиях и растлении, составления заключений о бывшей беременности, аборте и родах, процессуальную сторону акушерско-гинекологических экспертиз и т. д.

ДЕТОУБИЙСТВО

§ 1. Под детоубийством подразумевается убийство матерью своего ребенка во время или тотчас после родов.

В судебно-медицинской практике исследование трупов младенцев связывается именно с этим видом убийства. Поэтому при исследовании трупов младенцев возникают особые рода вопросы, разрешение которых позволяет установить факт детоубийства или опровергает это.

К таким вопросам относятся:

- 1) является ли данный младенец новорожденным;
- 2) доношен ли он;
- 3) родился ли он живым или мертвым;
- 4) если он родился живым, то был ли жизнеспособным, т. е. мог ли по своему физическому состоянию продолжать жизнь;

5) если он родился живым, то сколько времени жил;

6) отчего последовала смерть младенца.

§ 2. Новорожденность определяется рядом признаков. Важнейший из них — наличие у младенца пуповины вместе с детским местом (последом) или остатка свежей сочной пуповины.

К признакам новорожденности также относятся:

1) загрязнение тела младенца кровью (излившейся из разрывов родовых путей матери);

2) наличие на теле младенца (особенно на шее, в подмышечных впадинах, паховых складках) так называемой сыровидной смазки, представляющей собой, в основном, частицы жира, выделенные сальными железами кожи (как предохранение от вымачивания кожи плода в период нахождения его в околоплодной жидкости).

Кроме того, иногда на теле новорожденного (в области заднего прохода и на внутренней поверхности бедер) имеется так называемый меконий — первородный кал в виде густой темнозеленой маркой массы.

§ 3. Живорожденность младенца устанавливается особыми пробами, важнейшими из которых являются проба Галена-Шреера и Бреслау (§ 79 Правил судебно-медицинского исследования трупов).

1) Легочная проба Галена-Шреера.

Сущность легочной пробы основана на физическом законе об удельном весе. После первого вдоха легкие новорожденного наполняются воздухом и удельный вес их становится ниже единицы. Поэтому дышавшие легкие, будучи опущенными в сосуд с водой, всплывают и плавают на поверхности воды.

Недышавшие легкие представляют из себя безвоздушную, плотноватую ткань, удельный вес их выше единицы, почему, будучи опущенными в сосуд с водой, они погружаются на дно.

Для производства легочной пробы из трупа новорожденного, после перевязки дыхательного горла, извлекают легкие вместе с сердцем и вилочковой железой. Все это осторожно опускают в просторный сосуд, наполненный водой, и следят, остаются ли легкие на поверхности воды или тонут. Кроме того испытывают на плавательную способность каждое легкое в отдельности и отдельные кусочки легких.

По внешнему виду дышавшие и недышавшие легкие заметно отличаются одно от другого. Недышавшие легкие

малокровны, мясистой консистенции, небольшого размера, помещаются близ позвоночника в виде небольших образований, не заполняющих грудную полость. Дышавшие легкие заполняют грудную полость, полнокровны, поверхность их не вполне ровная, цвет розовато-красный с мраморным оттенком, наощупь они пушисты.

2) Желудочно-кишечная проба Бреслау основана на факте проникновения воздуха в пищевод и желудок младенца одновременно с началом дыхательных движений. Воздух из желудка постепенно переходит в кишечный тракт.

Для производства желудочно-кишечной пробы перевязывается желудок у входа и выхода и отдел тонких и толстых кишок, затем все это извлекается из трупа и опускается в сосуд с водой. В случае наличия в желудке и кишечнике воздуха эти органы плавают на поверхности воды.

Производство легочной и желудочно-кишечной проб является абсолютно обязательным в каждом случае вскрытия трупа новорожденного при подозрении на детоубийство.

Для установления живорожденности предложены также: а) ушная проба Вейт-Вредена, основанная на факте поступления воздуха в Евстахиеву трубу и барабанную полость; б) рентгенографическая проба советского ученого Диллона на присутствие воздуха в желудке.

Ушная проба не получила практического применения из-за сложности техники ее производства.

Проба Диллона, заключающаяся в рентгеновском просвечивании тела младенца, производится тотчас после рождения ребенка, у которого отсутствуют признаки жизни. Проба основана на наблюдении, что даже при отсутствии воздуха в легких младенец может жить и живет некоторое время, если в желудок его после рождения проникает воздух, который, по наблюдениям Диллона, всасывается и поддерживает жизнь младенца. Путем рентгеновского исследования удастся обнаружить даже незначительные количества воздуха в желудке недышавших новорожденных.

Проба Диллона, представляющая огромный научный интерес, находится пока в стадии практической проверки.

При производстве легочной и желудочно-кишечной проб необходимо учитывать степень гнилостных изменений в исследуемом трупе, так как при развитии гнилостных газов в легких и кишечнике последние будут плавать даже в случае мертворожденности. Однако изолированного гниения только

легких и кишечника не бывает, и поэтому далеко зашедшие гнилостные изменения бывают выражены во всех органах; в этих случаях положительный результат легочной и желудочно-кишечной проб приходится расценивать с большой осторожностью.

Воздух может проникнуть в легкие недышавшего младенца также при искусственном дыхании и при вдувании воздуха в легкие, что применяется с целью оживления младенцев, родившихся без признаков жизни. Тщательное исследование легких в связи с обстоятельствами дела позволяет в таких случаях выяснить, имеются ли в данном случае признаки естественного или искусственного дыхания: при естественном дыхании легкие равномерно растянуты воздухом и полностью заполняют грудную клетку, при искусственном — частично и неравномерно растянуты воздухом, обычно невелики по объему.

§ 4. При решении вопроса о продолжительности жизни младенца после родов руководствуются главным образом степенью распространения воздуха в желудочно-кишечном тракте.

Если при производстве пробы Бреслау обнаруживается, что воздух содержится в желудке и в значительной части тонких кишок, это значит, что ребенок жил во всяком случае несколько минут.

Срок внеутробной жизни, исчисляемый именно минутами, и определяет сущность детоубийства, как убийства тотчас после родов (ст. 142 УК УССР).

Если же у ребенка перевязана пуповина, он обмыт, накормлен (наличие молока в желудке и т. д.), словом, жил некоторое время и по отношению к нему была проявлена забота, а затем он был умерщвлен, этот случай уже не представляет того особого вида преступления, которое предусмотрено ст. 142 УК УССР.

§ 5. Если в том или ином конкретном случае будет установлено, что ребенок является новорожденным, необходимо установить, отчего непосредственно последовала его смерть.

Надо иметь в виду, что ребенок может родиться живым, но неспособным к продолжению жизни. Прежде всего сюда относится недоношенность младенца, а затем тяжелые уродства и внутриутробные заболевания. Доношенный новорожденный младенец имеет длину тела 50—52 см, вес 2,5—3,0 кг.

Недоношенные младенцы могут оказаться жизнеспособными, если они родились после 30-й недели беременности, имеют длину тела не меньше 38 см и правильное развитие важных для жизни органов (мозга, сердца, легких, пищеварительного тракта и др.). Плоды длиной меньше 38 см., как правило, считаются нежизнеспособными.

Если найдены только кости, то по размерам отдельных трубчатых костей, руководствуясь специальной таблицей, можно установить длину тела младенца. Кроме того о доношенности младенца судят в таких случаях по наличию в нижнем конце бедренной кости так называемого ядра окостенения — круглого красного образования, достигающего у доношенных плодов 0,4—0,5 см в диаметре.

§ 6. Способы детоубийства. Убийство младенца может быть совершено путем причинения ему тех или иных повреждений. Это — так называемое активное детоубийство. Оно совершается во время родов, например, при выхождении младенца из родовых путей матери, путем сжатия головки, нанесения ударов по ней и т. д. Чаще, однако, детоубийство совершается тотчас после родов путем удушения младенца руками или петлей, закрытия отверстий рта и носа мягкими предметами, введения в рот и зев мягких или твердых предметов и т. д.

Реже младенец умерщвляется путем нанесения ему повреждений колющими, колюще-режущими и другими орудиями.

Встречаются случаи так называемого пассивного детоубийства, когда ребенок оставляется в открытом месте, где и погибает в большинстве случаев от охлаждения тела.

При исследовании трупов новорожденных надо учитывать, что младенец может умереть и без злого умысла матери.

До родов, в утробе матери, младенец погибает обычно от болезни матери, чаще всего сифилиса. Иногда развиваются те или иные болезненные процессы в детском месте и пуповине, вследствие чего прекращается внутриутробное питание младенца.

Во время родов младенец может погибнуть от асфиксии, в результате удушения обвившейся вокруг тела пуповиной. Смерть младенца от асфиксии наступает иногда и при затунувшихся продолжительных потугах при родовом акте.

Наконец, при так называемых стремительных родах, когда родовой акт протекает весьма быстро и женщина может родить стоя, младенец, стремительно выйдя из родовых путей матери, может удариться головой о твердый предмет и т. д.

Наблюдаются также случаи тяжелых повреждений, наносимых младенцу неумышленно самой роженицей в момент родов, когда она, оказавшись без посторонней помощи, схватывает показавшуюся из родовых путей головку и вытягивает ее, невольно нанося при этом младенцу ссадины, кровоподтеки, разрывы углов рта, переломы челюстей и т. п.

ГЛАВА XI

ОТРАВЛЕНИЯ

§ 1. Изучением ядов и отравлений занимается наука, именуемая **токсикологией**. Токсикология является одним из важнейших отделов судебной медицины.

Я д а м и называются вещества, которые, будучи введены в организм даже в малых количествах, могут причинить расстройство здоровья или смерть. Те вещества, которые носят название ядов, способны проявить свое вредное действие лишь при определенных условиях. Эти условия могут зависеть от свойств самого яда, от способа его введения в организм и от индивидуальных особенностей организма, подвергшегося действию яда.

С в о й с т в а я д а. Наименьшее количество яда, которое вызывает только болезненные явления, называется **о т р а в л я ю щ е й, т о к с и ч е с к о й** дозой, а наименьшее количество, способное вызвать смерть взрослого человека, называется **с м е р т е л ь н о й, л е т а л ь н о й, д о з о й**.

Действие яда различно в зависимости от того, в каком виде (твердом, жидком или газообразном) он поступает в организм. Так, например, действие мышьяка, принятого в твердом виде, начинает проявляться много позже, чем принятого в растворенном состоянии; очень быстрый эффект производят яды, принятые в газообразном состоянии.

Сила яда зависит иногда от случайных обстоятельств. Некоторые яды при долговременном и неправильном хранении теряют свою силу (например, цианистый калий, растворы морфина и др.).

Большое значение для действия яда имеет воспринимающее вещество, в котором вводится яд в организм; оно в одних случаях усиливает действие яда, в других ослабляет его. Например, фосфор, примешанный к жирной пище, благодаря своей растворимости в жирах, действует сильнее и скорее, чем принятый в каком-нибудь растворе. Наоборот, если воспринимающее вещество химически связывает или

нейтрализует данный яд, то произойдет ослабление или полная нейтрализация яда, например, смешивание алкалоидов морфина, стрихнина и других с крепким чаем или кофе дает образование дубильно-кислых соединений, действующих сравнительно слабо. Цианистый калий, принятый в кислом растворе, действует весьма быстро, так как при этом освобождается синильная кислота.

Способ введения в организм. Действие яда наиболее быстро и сильно проявляется при непосредственном его введении в кровь. Однако яды вводятся чаще всего через рот и всасывание их происходит в желудочно-кишечном тракте. В практике встречаются случаи, когда яд проникает в организм через прямую кишку посредством клизмы из ядовитых растворов, через влагалище при промывании или попытках к плодизгнанию такими же растворами. Яды в газообразном состоянии (пары хлороформа, угарный газ) очень быстро проникают в организм через легкие.

Индивидуальные особенности организма, влияющие на действие яда, различны. Большое значение в этом отношении имеет возраст: дети гораздо восприимчивее к ядам, чем взрослые. Организм, ослабленный болезнями или старостью, восприимчивее к ядам, чем молодой и здоровый. Лица, систематически принимающие ядовитые вещества, например, морфинисты, алкоголики, курильщики, могут переносить большие дозы этих веществ, вследствие привычки организма к ним.

На действие яда влияет состояние желудка — при наполненном пищей желудке действие яда проявляется медленнее, чем при пустом желудке.

§ 2. Распознавание бывшего отравления производится:

- 1) анализом прижизненных явлений;
- 2) вскрытием тела в случае смерти;
- 3) химическим и микроскопическим исследованием внутренних органов, извержений и остатков ядов;
- 4) физиологическим опытом на животных.

Прижизненная картина отравлений весьма разнообразна и стоит в зависимости от природы введенного яда. Большинство ядов вызывает острые желудочно-кишечные явления (рвоту, понос) и явления со стороны нервной системы (потерю сознания, судороги).

По симптомам отравления некоторые ядами сходны с определенными заболеваниями. Например, отравление мышья-

яком напоминает холеру или острый желудочно-кишечный катарр; отравление стрихнином — столбняк.

Иногда уже наружный осмотр дает очень важные указания о примененном яде; например, яркорозовое окрашивание кожи и слизистых оболочек указывает на отравление окисью углерода. Более ценные указания дает вскрытие.

Резко выраженные внутренние изменения обнаруживаются на вскрытии при отравлении ядами, обладающими едкими свойствами (кислоты, щелочи). Особенно резкие изменения бывают на слизистой оболочке рта, пищевода и желудка. Кроме едких веществ на слизистой желудка оставляют изменения цианистый калий, мышьяковистая кислота, обладающая раздражающими свойствами, и др. Некоторые яды изменяют цвет крови (цианистый калий, окись углерода, бертолетова соль и др.). На присутствие в организме определенных ядов указывает также запах, исходящий из внутренних органов (например, запах алкоголя, запах горького миндаля при отравлении цианистым калием).

Некоторые яды оставляют те или другие изменения в определенных органах, так отравление фосфором вызывает жировое перерождение сердца и печени.

При вскрытии могут быть найдены остатки яда (например, остатки мышьяка в желудке, раствора морфия под кожей и пр.).

Судебно-химическое исследование внутренних органов имеет в распознавании отравления огромное значение.

Современная судебная химия обладает возможностями отыскания во внутренних органах большинства существующих ядов. Отрицательный результат судебно-химического исследования не всегда дает право отрицать отравление, так как яд, проявив свое действие, может быть выведен из организма рвотой, поносом, мочой; некоторые яды разрушаются в организме, летучие яды легко исчезают.

§ 3. Отдельные яды и их действие. Отравления крепкими кислотами. Отравление серной кислотой встречается в практике чаще всего как самоубийство. Доза в 4 г для взрослого считается опасной, в 10 г — смертельной.

Симптомы отравления наступают только при приеме яда внутрь, немедленно за принятием яда и выражаются в болях во рту, глотке, пищеводе и желудке; очень скоро появляется неукротимая рвота сначала бурыми, затем черными массами;

наблюдается сильная жажда, задержка мочи и кала; лицо бледнеет, кожа покрывается холодным потом, пульс скорый и малый, сознание сохранено. В острых случаях смерть наступает от шока, вследствие сильнейших болей.

При осмотре трупа в окружности рта находят бурые пергаментно-сухие полосы и пятна, обусловленные стеканием кислоты; слизистая полости рта и пищевода как бы обварена, серовато-белая и жесткая на ощупь. В желудке — кашеобразная масса цвета кофейной гущи. Стенки желудка пропитаны кровью и окрашены в буроватый и черноватый цвет. Наблюдается нередко прободение желудка как прижизненного, так и посмертного происхождения.

Отравление азотной кислотой протекает в общем так же. Концентрированная азотная кислота окрашивает обожженные ткани, кожу и слизистые оболочки в желтый цвет, что является характерным отличием от ожогов, причиняемых серной кислотой. Смертельная доза крепкой азотной кислоты — около 8 г.

Отравление соляной кислотой встречается редко, как случайное отравление. Местное действие этой кислоты слабее чем серной и азотной. На коже соляная кислота следов не оставляет. Внутренние изменения такие же, как и при отравлении серной кислотой, но гораздо слабее.

Отравление карболовой кислотой наблюдается как самоубийство или как случайное отравление.

Прижизненные явления характеризуются ощущением жжения по всему пищеварительному тракту. Дыхание затруднено и замедлено. Иногда наступает рвота массами, издающими запах карболовой кислоты. В острых случаях смерть наступает через несколько минут.

При вскрытии отмечается медленное разложение трупа, длительное окоченение мышц, специфический запах карболовой кислоты при исследовании рта и полостей. Смертельная доза карболовой кислоты — 10 г.

Отравление едкими щелочами — едким калием, едким натрием — встречается редко, преимущественно как случайное отравление в быту, но наблюдались и отдельные случаи самоубийства. Действие едких щелочей заключается в растворении тканей, включая и роговые образования (ногти, волосы). При принятии внутрь ощущаются сильные боли во рту, пищеводе и желудке, часто наступает многократная рвота с извержением буроватых или черноватых масс, иногда с частицами слизистой желудка. Не-

сколько позднее появляется понос с примесью крови. В острых случаях смерть наступает в продолжение 2—3 дней при явлениях упадка сил, слабom и редком пульсе.

При исследовании трупа наблюдается набухание и размягчение слизистой полости рта и пищевода. Желудок стянут, стенки его утолщены, содержимое представляется в виде студенистой кровянисто-слизистой массы чернубурого цвета. Слизистая желудка иногда буроватая или черноватая.

Отравление мышьяком. В судебно-медицинской практике отравления мышьяком могут встречаться как убийство, самоубийство и несчастный случай.

Мышьяк широко применяется в медицине (при лечении малокровия, сифилиса), в промышленности (при изготовлении красок), в быту и сельском хозяйстве (для уничтожения грызунов и насекомых). Наиболее распространен белый мышьяк в виде порошка слегка сладковато-соленого вкуса, без запаха. Смертельную дозу представляет 0,1—0,2 г.

Различают две основных формы отравления мышьяком: 1) желудочно-кишечную и 2) нервную.

При желудочно-кишечной форме через час после приема появляются ощущение жжения в зеве и пищеводе, слюнотечение, боли в желудке, тошнота и рвота, сначала пищей, а позже беловатыми слизистыми массами, к которым затем примешиваются кровавые полосы. Скоро присоединяется понос с извержением жидких, похожих на рисовый отвар, масс. В острых случаях быстро начинаются явления упадка сердечной деятельности — бледность, синюшная окраска кожи, холодный пот, общая слабость, едва ощутимый пульс; смерть наступает через несколько часов. При более или менее затянувшейся форме явления отравления приблизительно через сутки стихают, остаются только болезненные ощущения в горле, жажда и общая слабость. Однако вскоре могут появиться симптомы острого воспаления почек, затруднение дыхания, сыпь на теле, желтуха и на 10—15 день наступает смерть.

Нервная форма отравления мышьяком характеризуется также явлениями упадка сердечной деятельности, паралитическими явлениями, судорогами. Смерть наступает через несколько часов.

При вскрытии трупов лиц, умерших от отравления мышьяком при желудочно-кишечных явлениях, обнаруживаются полнокровие желудка и кишок, кровоизлияние на их слизистой; иногда в желудке находят частицы мышьяка.

Случаи, протекающие более медленно, характеризуются так называемым белковым и жировым перерождением почек, печени и других органов, а также многочисленными мелкими кровоизлияниями в их ткань.

Отравление ртутными препаратами (сулемой). Металлическая ртуть в обыкновенном жидком состоянии не ядовита, но примененная в мелкораздробленном состоянии, например, при втираниях в кожу, она вызывает отравление.

Из всех соединений ртути наибольшее токсикологическое значение имеет сулема (двухлористая ртуть). Ртутные отравления в большинстве наблюдаются как несчастные случаи. Смертельная доза сулемы 0,2—0,4 г.

Симптомы отравления появляются через несколько минут после введения сулемы. Сюда относятся: неприятный металлический острый вкус во рту, жжение в глотке, пищеводе, слюнотечение, тошнота, рвота с примесью крови, обильные кровавые испражнения; отделение мочи задержано, пульс мал, неправилен, дыхание затруднено, кожа холодна. Наконец наступает бессознательное состояние и смерть от паралича сердца. Описанные только что симптомы характерны для острого отравления сулемой.

Хронические отравления сулемой характеризуются расстройством пищеварения, тошнотой, отрыжкой, склонностью к рвоте, воспалением слизистой десен и рта, расшатыванием и выпадением зубов. Развивается малокровие, исхудание, слабость.

При вскрытии умерших от отравления сулемой находят аспидно-красную окраску слизистой рта, зева и пищевода, в желудке и кишках — воспалительные явления с кровоизлиянием, причем наиболее резкие с изъязвлениями — в нижних отрезках толстых кишек.

Отравление алкоголем. Отравление алкоголем (этиловым спиртом) является обычно случайностью на почве введения в организм чрезмерного количества водки или других спиртных напитков.

Различают острое и хроническое отравление. Явления при остром отравлении: запах алкоголя изо рта, потеря сознания, краснота лица, медленное хрипящее дыхание, едва ощутимый пульс, холодная кожа, покрытая клейким потом; рвота, непроизвольное выделение мочи и кала. В дальнейшем присоединяются судороги, паралитические явления и синюха. Смерть может наступить от паралича дыхательного центра.

Случаи хронического отравления алкоголем (алкоголизм) относятся к компетенции психиатрии. Заболевание сопровождается также рядом физических страданий (хронический катарр глотки, гортани, желудка и кишек, дрожание рук и др.).

Смертельной дозой, в среднем, считается 100,0 г чистого спирта, однако принимают без особых явлений отравления и гораздо большие дозы. Для детей может представлять опасность даже доза в 10,0 г.

При вскрытии умерших от острого отравления алкоголем находят полнокровие мозга, отек легких, припухлость и кровоизлияние на слизистой оболочке желудка, запах спирта от содержимого желудка, легких и особенно мозга; темную жидкую кровь.

Отравление опиумом и морфином. Оба эти вещества добываются из сока мака. Смертельная доза опия — 1,0—2,0, морфина — 0,2—0,4 г. Отравление опиумом и морфином встречается редко, преимущественно как самоубийство.

Симптомы отравления обнаруживаются через $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа; появляются горький вкус во рту, чувство жжения, головокружение, тяжесть в голове; через некоторое время наступает период возбуждения, покраснение лица, ускорение пульса, расширение зрачков. Период возбуждения сменяется периодом угнетения, с сонливостью, замедленным дыханием, переходящим в хрипящее, с слабым учащенным пульсом, резким сужением зрачков. Смерть наступает через 5—12 часов от паралича дыхательного центра.

Хроническое отравление (опиомания, морфинизм) при привычном употреблении опия или морфина характеризуется истощенным видом, потерей аппетита, наличием на теле гноивников (при подкожном введении морфина).

Отравления цианистыми соединениями. Отравления чистой синильной кислотой (жидкостью с острым запахом миндаля) очень редки. С целью отравления чаще употребляется соль синильной кислоты — цианистый калий. Смертельная доза синильной кислоты — 0,005 г, цианистого калия — 0,15 г.

Отравление цианистым калием протекает обычно молниеносно. Человек сразу же впадает в бессознательное состояние, бьется в судорогах, дыхание затруднено, лицо синюшно. Смерть наступает через 1—2 минуты, в редких случаях, когда отравление протекает менее остро, появляются ощущения жжения в глотке, страх, тошнота, иногда рвота, затем

судороги с явлениями асфиксии и паралича дыхательного центра.

При отравлении синильной кислотой на вскрытии ощущается запах горького миндаля, исходящий из желудка и других органов. При отравлении цианистым калием слизистая желудка набухшая, яркокрасного цвета, покрыта красноватой слизью и наощупь скользкая. Кровь в большинстве случаев жидкая, яркокрасного цвета. Такого же цвета трупные пятна.

Отравление стрихнином. Стрихнин — белый, весьма горький на вкус порошок. Смертельная доза — 0,3—0,1 г. Отравления стрихнином наблюдаются, главным образом, как случайность, реже как самоубийство и убийство.

Симптомы отравления появляются через 15—30 минут в виде горького вкуса во рту, жжения и слюнотечения. Появляется непреодолимое потягивание в конечностях, сжатие челюстей, а затем сильные приступы судорог. Судороги, сопровождающиеся сильными болями, распространяются на все мышцы, в том числе и дыхательные, отчего происходит задержка дыхания и синюха. Зрачки расширены, сознание не помрачено. Смерть наступает после 3—4 приступов судорог от асфиксии. При вскрытии умерших при отравлении стрихнином характерным является очень сильное и продолжительное трупное окоченение. Иногда в веществе головного и спинного мозга обнаруживаются точечные кровоизлияния. Кровь темная и жидкая.

Отравление атропином. Атропин — белый кристаллический порошок, горького вкуса. Обладает общим действием на центральную нервную систему.

Симптомы отравления, обычно случайного, обнаруживаются через 15—30 минут: появляются сухость во рту, глотке, дыхательных путях, жажда, расширение зрачков, возбуждение. Смертельная доза — 0,1 г. При вскрытии находят явления асфиксии.

Отравления светильным или угарным газом. Отравления светильным или угарным газом, в большинстве случаев случайные, происходят от вдыхания окиси углерода. Присутствие $\frac{1}{2}$ — 1% окиси углерода в воздухе при продолжительном пребывании в отравленной атмосфере может причинить смерть.

Симптомы отравления: вначале ощущение тяжести в голове, сильная головная боль, головокружение, затем резкая пульсация височных артерий, иногда рвота; появляется

чувство страха, тоска, затем наступает потеря сознания и смерть при явлениях паралича дыхания.

При вскрытии обнаруживаются яркокрасный цвет трупных пятен, полнокровие мозга, легких; все внутренние органы — алого цвета.

Отравление спорыньей. Спорынья произрастает на колосьях ржи в виде темнофиолетовых рожков длиной в 1—3 см (так называемые маточные рожки). Экстракт из спорыньи применяется в медицине как кровоостанавливающее средство.

В быту маточные рожки применяются как abortивное средство, но употребление их приводит обычно к острому отравлению с болями в животе, тошнотой, рвотой и поносом. К этому присоединяются подергивания мышц с последующим длительным сокращением мускулатуры. Температура обычно падает, появляется бред, бессознательное состояние; смерть наступает при явлениях паралича сердца.

Хроническое отравление спорыньей наблюдается при употреблении в пищу муки, содержащей это ядовитое вещество. Оно выражается в так называемом эрготизме — сухом омертвлении пальцев конечностей, ушных раковин и кончика носа, а также в виде «злой корчи» — болезненных судорог конечностей.

§ 4. Пищевые отравления вызываются как ядами, содержащимися в некоторых пищевых веществах, так и бактериями, развивающимися в продуктах питания (пищевые токсикоинфекции).

Ядовитыми по своей природе являются некоторые виды рыб и грибов, а также различного рода сорняки, спорынья, куколь, горчак.

Симптомы отравления ядовитыми рыбой и грибами выражаются в сильных болях в животе, рвоте и поносе.

Бактериальное отравление пищевыми продуктами вызывается микробами, развивающимися в мясе, главным образом рогатого скота, в мясных консервах, в молочных продуктах, в рыбе, причем внешний вид этих продуктов часто не внушает никаких подозрений, они кажутся свежими, не издают плохого запаха, на вкус также могут быть безукоризненными.

Иногда в испорченном продукте можно обнаружить присутствие незначительного количества газа, в мясе или колбасе — пятна зеленоватой окраски, в консервах — незначительное вздутие банки и т. д.

Признаки пищевого бактериального отравления появляются через час-два, а иногда и более после принятия пищи и выражаются главным образом в остром желудочно-кишечном расстройстве — тошноте, болях в животе, частом рвоте и поносе. В более тяжелых случаях к этим явлениям присоединяется озноб и повышение температуры, которые держатся обычно не больше 2—3 дней, после чего наступает полное выздоровление. Иногда пищевое отравление затягивается на более длительный срок, напоминая по своему течению паратифозное заболевание. Смертельные случаи после бактериального отравления наблюдаются очень редко.

Весьма опасным для жизни является пищевое бактериальное отравление, носящее название ботулизма, наблюдающееся почти исключительно при рыбных отравлениях. Рыба (обычно красная рыба и приготовляемые из нее балыки) по внешнему виду может не вызывать никаких подозрений.

Заболевание наступает в пределах суток. Вначале оно может выразиться в желудочно-кишечном расстройстве; главные же симптомы проявляются в виде паралича нервной системы, опускания век, расширения зрачков, двойного зрения (очень характерный симптом). Наступает резкая слабость. Постепенно паралич распространяется на язык, мягкое нёбо, пищевод, желудок, кишечник. Больной не может проглотить пищу, голос делается хриплым, прекращается выделение слюны. Живот вздувается газами, кишечник не действует. Температура нормальная, а иногда даже понижена. Сознание не теряется до самой смерти, которая наступает через 4—8 дней после появления первых признаков отравления. При вскрытии трупов лиц, умерших от ботулизма, кроме явлений паралича дыхательного центра иных изменений обычно не наблюдается.

§ 5. Судебно-медицинское исследование отравлений представляет весьма важную и ответственную задачу. Прежде всего в каждом случае отравления может возникнуть вопрос о возможности убийства. Убийства путем отравления встречаются у нас очень редко. Объясняется это, во-первых, трудностью приобретения ядовитых веществ, отпуск которых строго регламентирован законом; во-вторых, успехами химии в области распознавания отравлений. В настоящее время подавляющее большинство распространенных ядов открывается во внутренних органах отравленного путем химического анализа. Следовательно, факт отравления в каждом отдельном случае устанавливается

точно. Это обстоятельство безусловно способствует снижению случаев убийств посредством отравления.

Однако единичные случаи убийства путем отравлений могут встретиться в практике. Убийцы в таких случаях прибегают к таким ядам, которые могут быть подмешаны к пище или питью и остаться незамеченными жертвой. К таким ядам принадлежат, например, мышьяк — белый порошок, без всякого запаха; цианистый калий, синильная кислота, стрихнин, морфин, которые применяются в ничтожных дозах и потому, подмешанные, например, к вину, ликеру, кофе, могут остаться незамеченными жертвой.

§ 6. Расследование каждого случая смертельного отравления начинается, как правило, с того места, где был обнаружен труп, или появились первые симптомы, подозрительные на отравление. Однако это место не всегда является местом приема яда. После приема даже сильного яда до наступления первых признаков отравления проходит известный промежуток времени. Тотчас после приема яда отравленный может перейти из одной комнаты в другую, пойти в соседнюю квартиру, выйти на улицу и т. д. Таким образом, наиболее сильное действие яда может застать человека в месте, отдаленном от того, где яд был принят. Это обстоятельство в случаях, когда отравленный быстро погибает, не успев указать на обстоятельства, предшествовавшие заболеванию, весьма усложняет расследование.

Обычно внезапные случаи смерти на улице, в парадных, в местах скопления публики относят к скоропостижным смертям от тех или иных заболеваний. И действительно, в подавляющем большинстве случаев вскрытие подтверждает факт скоропостижной смерти (кровоизлияние в мозг, паралич сердца и т. д.). Однако никогда нельзя забывать, что внезапная смерть может быть следствием умышленного отравления.

§ 7. Судебно-медицинское исследование трупов при подозрении на отравление производится по особой методике, изложенной в Правилах судебно-медицинского исследования трупов.

Задача вскрытия в этих случаях заключается в том, чтобы, во-первых, по найденным изменениям в органах трупа установить или предположить возможность отравления тем или иным ядом, во-вторых, изъять из трупа необходимые для судебно-химического анализа части внутренних органов.

Надо заметить, что лишь немногие яды оставляют в теле умершего от отравления видимые, характерные для данного яда, изменения. К таким ядам относятся едкие щелочи и минеральные кислоты, сулема, цианистый калий.

Однако те или иные местные изменения, хотя бы и совпадающие по своим признакам с изменениями от действия определенного яда, не дают оснований для диагноза отравления.

Поэтому в каждом отдельном случае смерти, наступившей при явлениях, подозрительных на отравление, производство судебно-химического исследования внутренних органов является абсолютно обязательным.

Для химического исследования в лабораторию посылаются определенные органы, обычно те, в которых находится яд после его приема внутрь, т. е. желудок и кишечник, затем — органы, которые задерживают яд, т. е. печень и, наконец, органы, через которые яд выделяется — почки и мочевой пузырь.

Для судебно-химического анализа из трупа берутся: желудок со всем его содержимым, один метр тонких кишек в наиболее измененной части со всем содержимым, $\frac{1}{5}$ часть печени вместе с желчным пузырем, одна почка и мочевой пузырь со всей мочой.

В некоторых случаях для исследования могут быть изъяты и другие органы, например, при отравлении алкоголем — часть головного мозга, при отравлении летучими ядами — часть легкого и т. д.

Изъятые органы лучше не консервировать, в крайнем же случае, при длительности пересылки, их можно залить чистым спиртом (кроме случая, когда требуется химический анализ на алкоголь).

§ 8. Судебно-химическое исследование внутренних органов с целью обнаружения в них ядов представляет сложный и длительный процесс. Нормальный срок исследования около двух недель.

Некоторые яды очень долго сохраняются в трупе.

Например, мышьяк можно открыть в трупе через несколько лет и даже когда мягкие части совершенно разрушены яд может быть обнаружен в костях: морфин можно найти в костях через год и более; стрихнин сохраняется в трупе несколько лет. Поэтому при возникновении вопроса об умышленном отравлении для разрешения его следует прибегать к исследованию трупа, невзирая на давность за-

хоронения. При эксгумации (извлечении трупа из земли) должен присутствовать судебно-медицинский эксперт.

По его указанию из могилы могут быть извлечены не только те или другие части трупа, но куски платья, гроба, почвы, в которые вместе с трупными жидкостями мог просочиться яд. Обычно для контроля в таких случаях берутся также части почвы в местах, не соприкасавшихся непосредственно с трупом, для проверки содержания ядовитого вещества в самой почве, где захоронен труп.

§ 9. Когда подозрительные на отравление явления наступают в том месте, где яд был принят, главное внимание должно быть обращено на изъятие и сохранение веществ и предметов, которые могут содержать остатки яда. Сюда относятся остатки пищи и питья, находящиеся на столе и, особенно, на тарелке, в стакане, которыми пользовался потерпевший, остатки рвотных масс, порошки, склянки из-под медикаментов и т. д.

Все подозрительные в смысле возможности содержания яда вещества и предметы необходимо собрать в банки, бумагу и т. п. для направления на исследование в судебно-химическую лабораторию.

Важно в основном знать следующее: жидкую пищу, рвотные массы, остатки напитков в стаканах необходимо помещать в чистые просторные стеклянные банки с притертой пробкой. При отсутствии пробки банку можно прикрыть навоощенной бумагой. Каждый объект помещается в отдельную банку. Куски твердой пищи заворачиваются в чистую белую бумагу, а поверх ее — в навоощеную.

Если твердая, полужидкая, жидкая пища или напитки находятся в посуде, удобной для пересылки в лабораторию, например, в стеклянных банках, бутылках, бидонах, лучше всего оставить их в этой посуде. Порошки, жидкие медикаменты, ампулы, мази направляются в лабораторию в той упаковке, в какой они обнаружены.

На каждую банку и пакет необходимо наклеить бумажку с указанием содержимого, фамилии пострадавшего, места и даты изъятия и цели исследования, тщательно перевязать каждый объект и припечатать сургучной печатью.

К направляемому в лабораторию на исследование прилагается препроводительная записка с подробным перечислением предметов и их содержимого, а так же в случае надобности копия акта судебно-медицинского исследования трупа.

ГЛАВА XII

ПОЛ, ВОЗРАСТ, РОСТ

§ 1. Пол у живых лиц приходится устанавливать в случаях так называемого гермафродитизма. Это врожденное неправильное развитие преимущественно наружных половых органов встречается сравнительно редко.

У гермафродитов в строении наружных половых органов имеются элементы как мужского, так и женского пола, однако признаки одного пола всегда превалируют над признаками другого. Например, у лица мужского пола имеется недостаточно развитый, малого размера половой член и одновременно расщепление мошонки на две части с образованием щели. По внешнему виду такие половые органы напоминают слишком развитый клитор и вход во влагалище, т. е. женские половые органы. У лица женского пола клитор может оказаться чрезмерно развитым, напоминающим небольшой половой член, половые губы частично сросшимися, напоминающими мошонку.

При возникновении вопроса об отнесении лица с признаками гермафродитизма к мужскому или женскому полу необходимо установить характер полового влечения у исследуемого лица, обратить внимание на его общий вид, привычки и т. д.

Половые органы в этих случаях исследуются очень тщательно; важное значение имеет извержение семени или периодические кровотечения из половых органов. Эти факторы позволяют в том или другом конкретном случае отнести исследуемое лицо к определенному полу.

Иногда в судебно-медицинской практике приходится устанавливать пол на трупах, подвергшихся гнилостному разложению с полным распадом мягких тканей в области

половых органов. В этих случаях при определении пола руководствуются рядом признаков.

Путем наружного осмотра надо прежде всего убедиться, имеется ли развитая растительность на лице, как бесспорный признак мужского пола, или длинные волосы на голове, как признак женского пола.

При вскрытии трупа ищут предстательную железу (мужчина) или матку (женщина). Оба эти органа, как правило, противостоят гнилоственному распаду дольше всех остальных.

Когда мягкие ткани (кожа, мышцы) и внутренние органы подверглись полному распаду и сохранился лишь скелет, пол трупа устанавливается главным образом по анатомическим деталям таза.

Таз мужчины выше и уже, вход в малый таз имеет форму карточного «червонного туза», у женщины — форму поперечного овала.

«Лонная дуга» у женщины напоминает именно дугу, у мужчины же — представляется в виде острого угла.

Указанные отличительные особенности, позволяющие установить пол трупа, должен определять судебно-медицинский эксперт.

§ 2. Возраст в судебно-медицинской практике приходится устанавливать у живых лиц в случаях, когда, например, у обвиняемого отсутствуют необходимые документы, а суду важно знать точный возраст для квалификации преступления и определения меры наказания.

Как известно, уголовная ответственность за совершение некоторых преступлений начинается с 12-летнего возраста. Высшая мера наказания не может быть применена к лицам, не достигшим в момент совершения преступления 18 лет.

Следовательно, установление того или другого возраста может иметь решающее значение для применения тех или иных уголовно-правовых норм.

Чем моложе субъект, тем легче устанавливается возраст; примерно до 25 лет он устанавливается более или менее точно.

При определении возраста принимаются во внимание главным образом рост и развитие зубов, развитие волос на лице и лобке и развитие половых органов.

Между возрастом и ростом имеется более или менее

определенное соотношение. Так, к 6-летнему возрасту рост достигает 105—107 см, к 10-летнему — 123—130 см, к 15-летнему — 151—157 см, к 17-летнему — 160—162 см.

К 23—25-летнему возрасту рост субъекта заканчивается и определяется как низкий (150—160 см), нижесредний (160—165 см), средний (165—170 см), вышесредний (170—175 см) и высокий (выше 175 см).

Очень ценным признаком для определения возраста до полового созревания является развитие зубов.

Первые молочные зубы появляются после 6 месяцев, к двум годам обычно имеются все 20 молочных зубов; к 7 годам прорезываются первые постоянные зубы, к 13 годам ребенок имеет 24 постоянных зуба, к 15—16 годам — уже 28 постоянных зубов. Наконец, после 18 лет появляются так называемые зубы мудрости, третьи большие коренные, по два на каждой челюсти.

Волосы на лице у лиц мужского пола появляются, как правило, к 16—18 годам.

Волосы на лобке и в подмышечных впадинах у лиц обоего пола появляются также между 16—18 годами, иногда раньше.

Наружные половые органы у лиц обоего пола к этому времени приобретают вполне развитый вид.

Возраст у трупов целых и неразложившихся определяется по тем же признакам, как и у живых лиц.

Гораздо труднее устанавливаются возраст у трупов, подвергшихся резкому гнилоственному распаду, у расчлененных трупов и по найденным отдельным костям.

В этих случаях руководствуются главным образом состоянием костной системы, наличием молочных и постоянных зубов, степенью их изношенности и т. д. Затем при установлении возраста по костям особенно учитывается срастание костей между собой.

В этом отношении может оказать существенную пользу таблица проф. Беца, в которой представлены изменения, происходящие в скелете плода в период нахождения его в матке, а также изменения, происходящие в скелете человека от рождения до глубокой старости. Изменения эти в основном заключаются в появлении в известные периоды возраста так называемых точек окостенения и в срастании от-

дельных частей тех или иных костей (таза, лопатки и пр.) между собой.

Изменения в костях, происходящие в различные возрастные периоды человека, могут быть установлены как на целом скелете, так и на единичных костях путем осмотра, но главным образом — посредством рентгеновского исследования.

§ 3. Рост человека возможно установить не только по целому скелету, но и с приблизительной точностью по отдельным костям. С этой целью рекомендуется пользоваться таблицами Беца и Роле, в которых указаны отношения длины отдельных костей к росту (длине) всего скелета.

Таблицы Беца, Роле и другие, по которым устанавливается по найденным отдельным костям рост человека, не гарантируют во всех случаях абсолютно точных данных, и всегда возможна ошибка в 5—6 см, а при исследовании костей человека старого возраста — даже больше.

§ 4. Оpozнание неизвестных трупов тем легче, чем менее затронуты гнилостными процессами мягкие ткани тела, особенно лица.

Трупы неизвестных, поступающие в морг, с целью дальнейшего опознания обязательно фотографируются и дактилоскопируются. Одежда, имеющаяся на таких трупах, тщательно описывается и, если возможно, сохраняется.

Кроме того, при судебно-медицинском исследовании трупов неизвестных лиц в процессе наружного осмотра подробно описываются все характерные черты, а также приметы и особенности, обнаруживаемые на трупе.

Отмечается цвет, длина и густота волос на голове и лице, форма бровей, цвет радужной оболочки глаз, длина и форма носа, форма и особенности ушных раковин; тщательно исследуется ротовая полость с целью описания состояния зубов, количество их, целостность, наличие испорченных зубов, коронок и искусственных зубов; осматриваются кисти рук с целью установления состояния ногтей, наличия мозолей и т. д.; описываются имеющиеся на теле родимые пятна, рубцы, уродства и пр.

При обезображении лица вследствие вздутия его гнилостными газами последние удаляются путем разрезов мягких тканей на затылке, на задней поверхности шеи, на слизистой обеих щек и т. д. Затем лицо подвергается массажу, что

способствует быстрому исчезновению гнилостных газов через сделанные разрезы.

Кроме того, лицо припудривается, в опавшие глазные яблоки вспрыскивается глицерин, т. е. производится так называемое «оживление» гнилостно-измененного облика умершего человека.

Для опознания неизвестного трупа родными и близкими имеет большое значение одежда трупа. Однако необходимо всегда учитывать, что преступник с целью навести розыск на ложный путь может одеть убитого в чужую одежду. Во всяком случае одежда должна быть тщательно описана по материалу, цвету, степени изношенности, имеющимся дефектам.

ГЛАВА XIII

СУДЕБНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Уголовный кодекс РСФСР содержит две статьи, предусматривающие уголовную ответственность медицинского персонала: ст. 140 — производство аборт и ст. 157 — неоказание помощи больному без уважительных причин, а также отказ лица, занимающегося медицинской практикой, от оказания медицинской помощи, если этот отказ заведомо мог иметь опасные для больного последствия.

Кроме того, лица медицинского персонала могут быть привлечены к ответственности за небрежное или халатное отношение к своим обязанностям (ст. 111 Уголовного кодекса РСФСР), в результате чего наступили так называемые врачебные ошибки.

Дела о врачебных ошибках в подавляющем большинстве случаев возбуждаются родными и близкими лица, умершего в больнице.

Против того или иного врача, а иногда и нескольких врачей, пользовавшихся больным, обычно выдвигают одно из следующих обвинений: 1) в неправильном диагнозе, 2) в неправильном лечении, 3) в смерти больного после врачебного вмешательства.

Обвинение в неправильном диагнозе заболевания редко подтверждается (следствием, так как часто речь идет о сложных запущенных болезнях, требующих длительного клинического наблюдения, в период которого наступает внезапная смерть больного. Родным или близким, обостренно реагирующим на такую смерть, кажется в этих случаях, что смерть наступила исключительно от того, что не был поставлен точный диагноз заболевания.

С другой стороны, болезнь иногда настолько быстро оканчивается смертью, что у врача не бывает достаточного времени для подробного и всестороннего обследования больного, требующегося для точного диагноза.

Однако наблюдаются единичные случаи, когда вследствие небрежности, легкомыслия или недостаточных врачебных знаний диагноз ставится неверно и даже грубо ошибочно, в результате чего не предпринимается нужных, иногда экстренных, врачебных мероприятий и больной погибает.

Обвинение в неправильном лечении связано непосредственно с обвинением в неправильном диагнозе.

Однако иногда против врачей выдвигают обвинение, что при правильном диагнозе они не применяли все показанные при данном заболевании медикаментозные и другие средства и не пользовались новейшими способами лечения.

Обвинение это в большинстве случаев также оказывается необоснованным, так как каждый больной требует индивидуального подхода в выборе методов лечения.

Наблюдаются все же случаи, когда врач, при полной к тому возможности, не использует общепризнанных методов лечения или применяет заведомо неправильное лечение, которое он самоуверенно считает наилучшим. Такой врач бесспорно должен нести ответственность за те вредные последствия, которые наступят после применяемого им лечения.

Обвинения в смерти больного после врачебного вмешательства в подавляющем большинстве случаев возбуждаются против врачей-хирургов.

Здесь могут встретиться два рода обстоятельств:

1) смерть наступает на операционном столе в начале операции или в процессе ее;

2) смерть наступает после операции.

В первом случае смерть обычно наступает не по вине хирурга, а от тех или иных непредвиденных обстоятельств (реакция на наркотическое средство, внезапный упадок сердечной деятельности и пр.).

Во втором случае смерть наступает часто не от неправильно произведенной операции, а от тех или иных осложнений общего характера, главным образом от упадка сердечной деятельности вследствие тяжести заболевания, по поводу которого было предпринято хирургическое вмешательство (рак, ранение сердца, разрывы органов и пр.).

В некоторых случаях, однако, смерть больного наступает на операционном столе вследствие, например, впрыскивания больному перед операцией вместо назначенного наркотика ядовитого вещества. Вина в этом случае может зависеть от медицинского персонала, перепутавшего

склянки с наркотиками или от аптеки, ошибочно приготовившей вместо заказанного раствора другой.

В редких случаях те или иные осложнения после операции возникают вследствие оставленного в брюшной полости инструмента или салфетки. Наконец, осложнения и даже смерть больного могут наступить от чисто технической ошибки хирурга во время операции (оставление без перевязки мелкого кровеносного сосуда, недостаточно прочное сшивание хирургических разрезов и пр.).

По всем делам по обвинению медицинского персонала должна проводиться в обязательном порядке судебно-медицинская экспертиза с участием высококвалифицированных специалистов по дисциплине, в области которой произошли небрежность, упущение, ошибка и пр.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Глава I. Общие и процессуальные вопросы	3
Глава II. Исследование трупа	10
Трупные явления	10
Гнилостные явления	21
Осмотр трупа на месте обнаружения	24
Судебно-медицинское исследование трупа	27
Исследование расчлененного трупа	30
Исследование вещественных доказательств	33
Глава III. Скоропостижная смерть	37
Глава IV. Виды повреждений	40
Глава V. Огнестрельные повреждения	50
Глава VI. Повреждения отдельных частей тела	64
Глава VII. Смерть от задушения (асфиксия)	76
Глава VIII. Смерть от действия высоких и низких температур	86
Глава IX. Половые преступления	91
Глава X. Беременность и роды. Детоубийство	97
Глава XI. Отравления	107
Глава XII. Пол, возраст, рост	120
Глава XIII. Судебная ответственность медицинского персонала	125

Цена 3 руб.

Редактор А. Н. Иодковский. Технический редактор А. Н. Макарова.

Подписано к печати 25/IV 1947 г. Печ. л. 8. Уч.-изд. л. 7. В печ. л. 34650 зн. Л 85801. Зак. 1805. Тираж 25 000.

3-я типография «Красный пролетарий» треста «Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете Министров СССР. Москва, Краснопролетарская 16.

19

0 24

20

0--24

21

0--24

22

0--24

23















82 FPS

**ВСЕГДА
не верьте
тому что
кажется,
верьте
ТОЛЬКО
доказательствам.**



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.